

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Autoskopia krtani i tchawicy podług A. Kirsteina. Jej rozwój, technika i znaczenie dyagnostyczne. Skreślił T. Heryng. (Dokończenie). — O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia, podał d-r med. H. Higier. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 35. Znużenie i oddychanie tkankowe mięśni. 36. Eukaina B w okulistyce. O p-dietoxyetylenyldifenylaminy, nowym środku znieczulającym. Spostrzeżenia nad holokainą, środkiem miejscowo znieczulającym. 37. Przyczynę do etyologii „Melaenae“ (t. zw. „czarnej choroby noworodków“). — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 16 lutego r. b. — Zjazd syfilidologów w Petersburgu. Z urzędowych sprawozdań ułożył J. Majkowski. (Ciąg dalszy). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Heryng — L'autoscopie du larynx et de la trachée d'après Mr. Kirstein. Le développement, la technique et la valeur diagnostique de la méthode. 2) D-r H. Higier — Sur des formes rares de maladies héréditaires et familiales du cerveau et de la moelle épinière.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Heryng — Die Autoskopie des Kehlkopfes und der Trachea nach A. Kirstein; ihre Entwicklung, Technik und diagnostische Bedeutung. 2) D-r H. Higier — Ueber seltene Gestalten hereditärer Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

AUTOSKOPIA KRTANI I TCHAWICY

podług A. Kirsteina.

Jej rozwój, technika i znaczenie dyagnostyczne.

Skreślił **T. HERYNG.**

(Dokończenie. — Zob. N. 12).

U kilkunastu chorych, przedstawionych mi w Berlinie wprawną ręką KIRSTEIN'a, już przy pierwszym badaniu widziałem mniej lub więcej dokładny obraz głębokich części krtani i tchawicy i mam wszelkie prawo, opierając się również i na kilkunastu własnych udatnych spostrzeżeniach, potwierdzić poglądy KIRSTEIN'a co do doniosłości i pożytku autoskopii.

Nie mniej uważam za potrzebne zredukowanie liczby odsetek tych przypadków, w których autoskopia daje zupełnie dodatne wyniki.

Przypadek w wyborze materiału nasuwającego się do badania odgrywa niezawodnie pewną rolę.

Czasami cały szereg osób badanych daje wyniki zadawalające, czasami znów przeciwnie.

Potrzeba nam jeszcze pewnego czasu, dużego materiału obserwacyjnego, aby mieć prawo potwierdzać lub zaprzeczać podanym przez KIRSTEIN'a

liczbom. Sprawiedliwość jednakże nakazuje nam oddać wyrazy najszczerzego uznania badaniom lekarza, który wynalazł nową metodę, konsekwentnie ją ulepszał, przyrządy potrzebne wymyślił i stworzył nową gałąź rozpoznawczą i operacyjną *).

Zdawałoby się, że pragnienie udoskonalenia techniki doprowadzi KIRSTEIN'a do nowych przeróbek i poprawek narzędzi i, jak to nieraz bywa, do większej ich komplikacji.

Stało się wprost przeciwnie. W maju r. b., na zjeździe laryngologów w Heidelbergu, KIRSTEIN wygłosił wykład, w którym dowodził, że uprzedni jego przyrząd, t. zw. autoskop elektryczny, okazał się zbyt cenny dla badania głębokich części gardzieli i że zastąpić go można w zupełności szpatlem bardzo prostej budowy.

Szczegóły budowy tego szpatla objaśnia sam rysunek (Fig. 5), poniżej podany. (Cena tylko 3 marki). Taniość tego nowego narzędzia wpłynęłaby może na rozpowszechnienie metody, gdyby nie następujące, nieuwzględnione przez autora punkty.

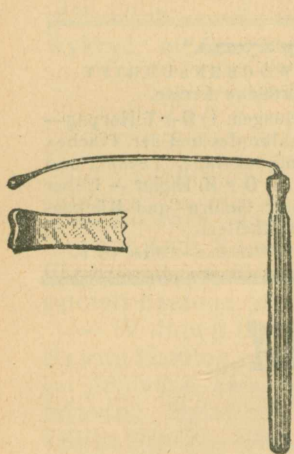


Fig. 5.

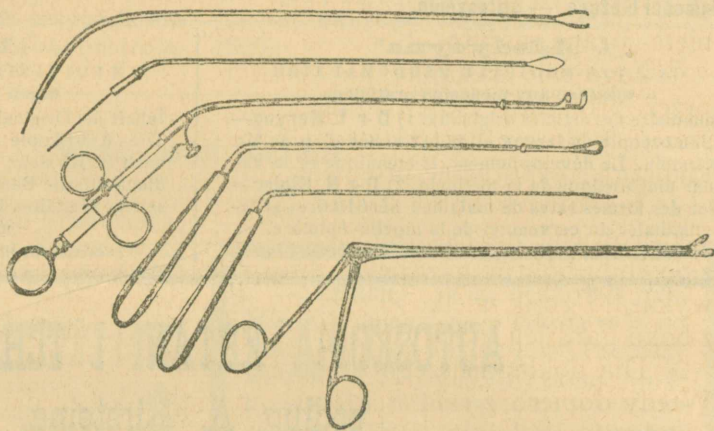


Fig. 6. Narzędzia KIRSTEIN'a do operacji w autoskopie.

Przedewszystkiem sprawa oświetlenia. KIRSTEIN utrzymuje, że zwyczajny reflektor powinien do badania wystarczyć, dodaje jednak, że lepiej jest posługiwać się jego lampą elektryczną. Ta znowu nie o wiele jest tańsza od pierwotnego autoskopu, wymaga również baterii elektrycznej, *resp.* akumulatorów. Daleko wygodniej jest mieć źródło światła w samym narzędziu, trzymanem jedną ręką, aniżeli umieszczać reflektor na czole i kompensować ruchami głowy poruszenia i położenie chorego. KIRSTEIN przyznaje jednak, że autoskop elektryczny wygodniejszy jest przy wykonywaniu operacji, aniżeli nowy jego szpatel.

O pożytku autoskopu dla celów operacyjnych i rozpoznawczych przekonało mnie kilka przypadków, które ze względu na przebieg niezwykle i trudności rozpoznania w innem miejscu szczegółowo opisać zamierzam, tutaj zaś podam w streszczeniu.

*) Zmniejszenie tej zasługi przez ZIEM'a jest jednym z tych objawów, z jakimi każda metoda walczyć musi, nim sobie uzyska prawo obywatelstwa. Opozycja ta nie przejdzie do historii medycyny.

Spostrzeżenie I.

U pana Z., mężczyzny wieku lat 47-iu, wystąpiło w kilka tygodni po połknięciu ości (?) obrzmienie bocznej prawej ściany gardzieli, w postaci grubego, zaczerwienionego wałka, sięgającego aż do wysokości nagłośni.

Wśród objawów silnego zapalenia i bólu przy łykaniu sprawa przeszła wkrótce na krtani, wywołała obrzęk więzu bocznego i chrząstki SANTORINI'ego i tak silne zwężenie krtani, że tracheotomia stała się konieczna.

Objawy zapalne wkrótce po niej ustąpiły i rurka została wyjęta. Sprawa jednak na tem się nie skończyła. W sześć tygodni po operacji wystąpiło znów obrzmienie bolesne rozlane w okolicy podszczękowej prawej i wkrótce przybrało charakter ograniczonego twardego nacieku, przechodzącego na szyję.

Podejrzewając głęboki ropień, przystąpiono do operacji. Dokonał jej wspólnie z prof. KOSIŃSKIM nieodżałowanej pamięci kolega JAWDYŃSKI.

Po przecięciu skóry okazał się guz, wielkości jaja gęsiego, złożony poczęści z tkanki ziarninowej, poczęści z tkanki włóknistej, zawierający ognisko rozpadłej masy zserowaciałej. Wszystko to zostało jaknajstaranniej usunięte i ranę zaszyto.

Zagojenie nastąpiło *per primam*. Badanie drobnowidzowe wykonane przez profesora PRZEWOSKIEGO nie potwierdziło nasuwających się przypuszczeń co do możliwości promienicy. Nie mniej ze względu na dalszy przebieg kliniczny rozpoznanie promienicy uważam za bardzo prawdopodobne.

Jakkolwiek bóle ustąpiły i przełykanie stało się prawidłowe, zupełne wyzdrowienie nie nastąpiło. Już po niedługim czasie zjawił się chory u mnie z powodu bólu w gardzieli (szczególniej z prawej strony). Badanie lusterkiem wykazało guzik wielkości grochu, złożony z tkanki ziarninowej, usadowiony z boku gardzieli, na wysokości nagłośni.

Dla dokładniejszego zbadania stanu rzeczy użyłem autoskopu KIRSTEIN'a. Wtedy dopiero z całą ścisłością można było ocenić umiejscowienie guzika i wykryć znajdującą się za nim przetokę o wąskim otworze, z której przy dotknięciu zgłębnikiem wypłynęło kilka kropel ropy.

Przeprowadziwszy przez nasadkę autoskopu długi zgłębnik, zgięty pod kątem prostym, którego ramię krótsze wynosiło około 4 ctm., udało mi się wprowadzić zgłębnik do przetoki. Wówczas przekonałem się o jej kierunku poprzecznym i długości. Przetoka była długości $3\frac{1}{2}$ ctm.; zgłębnik w końcu przetoki nie wykrył ciała obcego. Na skórze szyi palcem przyłożonym mniej więcej na wysokości wielkiego rogu chrząstki tarczowej można było wyczuć koniec posuwanego w tym kierunku zgłębnika.

Dwukrotnie pętłą galwanokaustyczną, przeprowadzoną przez autoskop, usuwałem ziarninę i również dwukrotnie, w ten sam sposób, przypalałem przetokę w całej długości azotanem srebra natopionym na zgłębnik srebrny.

Zagojenie przetoki do tej chwili nie nastąpiło, nie mniej przypadek ten przekonał mię dowodnie o praktycznej wartości metody KIRSTEIN'a zarówno dla celów rozpoznawczych, jak i leczniczych.

Bez użycia autoskopu nie byłbym w stanie nietylko wprowadzić zgłębnika do przetoki tak głęboko położonej, ale nawet zbadać dokładnie punktu wyjścia owego guzika, ani usunąć go pętłą.

Spostrzeżenie II.

Drugi przypadek w którym operowałem przy pomocy autoskopu KIRSTEIN'a, dotyczy cierpienia gruzliczego nagłośni.

Pan M. M. 38 lat liczący, po przebyciu przed dwoma laty zapalenia płuc, zaczął doznawać bólu przy łykaniu. Cierpienie pomimo stosowania najrozmaitszych środków lekarskich wzmagalo się i wreszcie doszło do zupełnej niemożności połykania. W sierpniu r. b. po powrocie ze Szczawnicy stan krtani się pogorszył (pendzlowano krtani codziennie niemal kwasem mlecznym) i chory głos zupełnie stracił.

Chorego widziałem po raz pierwszy w październiku roku 1896. Uskarżał się na silny ból przy łykaniu, utratę głosu, osłabienie i szybkie chudnięcie. W obu płucach *bronchitis* i *peribronchitis chronica tuberculosa*. Nagłośnia wielkości pół kasztana, widoczna już przy naciśnięciu języka szpatel KIRSTEIN'a, przedstawiała się w postaci guza, zasłaniającego wewnątrz krtani. Wysokość jej od nasady języka około 12 mm., szerokość 4 ctm. grubość po bokach 8—10 mm.

Guz ten barwy blado-różowej, nierówny, pokryty grudkami okrągławymi, na górnym brzegu uległ już rozpadowi. Na środku nagłośni widoczne było owrzodzenie, blisko 7 mm. głębokie, szerokie na 1 ctm., pokryte szarą wydzieliną. Tylina ściana krtani była zakryta i tylko przy pomocy szpatla REICHERT'a po odchyleniu nagłośni mogłem zobaczyć wewnątrz krtani.

Przekonałem się wówczas, że obydwie chrząstki SANTORINI'ego, były nacieczone i że struna fałszywa prawa, obrzękła i guzowata, zakrywała strunę prawdziwą. Obydwie struny prawdziwe były zgrubiałe, czerwone i pokryte szarym nalotem. Dodać tu winienem, że chory dotknięty był od 2 lat przewlekłym, ropnym nieżytem nosa, bezskutecznie dotychczas leczonym, ponieważ przyczyna ropienia t. j. *empyema* jamy HIGHMOR'a uszła uwagi ordynującego lekarza. O istnieniu ropotoku przekonało mnie: zaćmienie prawej strony przy przyświetleniu, objaw DAWIDSOHN'a i objaw GAREL'a, zarówno jak i obecność ropy przy przemyciu jamy przez *ostium maxillare*.

Wobec nader silnej trudności połykania, rozpadu nacieczenia, przy braku gorączki i względnie dobrych siłach chorego postanowiłem odjąć nagłośnię pętlą galwanokaustyczną. Operację wykonałem przy pomocy autoskopu KIRSTEIN'a pętlą z drutu stalowego.

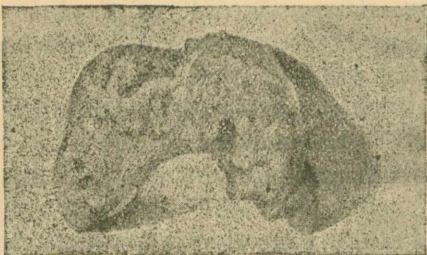


Fig. 7.

Po znieczuleniu nagłośni spraye'm 10%-ym kokainy założyłem szpatel autoskopu lewą ręką, przyczem cała nagłośnia, t. j. *pars suprahyoidea* najdokładniej była widoczna. W tych warunkach założenie pętli na nagłośnię aż do więzów bocznych nie przedstawiało żadnych trudności. Pętlę zaciśkałem bardzo powoli i odjąłem guz, którego podobiznę wykazuje Fig. 7, bez śladu krwawienia.

Kolega DMOCHOWSKI był łaskaw guz ten zbadać pod mikroskopem i potwierdził gruzliczą naturę cierpienia.

Po operacji pendzlowałem ranę 2%-ym roztworem pioktaniny i powtórzałem to aż do odpadnięcia strupa.

Przebieg był z początku bardzo pomyślny; odczynu gorączkowego nie było. Ból silniejszy po operacyi trwał tylko jedną dobę i ustąpił po płukaniach wodą lodową. Już na drugi dzień zjadł chory 9 jajek na miękko, bez wielkiego bólu, na trzeci dzień pił mleko i jadł bez krztuszenia się pokarmy pół gęste. Odtąd poprawa przy łykaniu coraz wybitniejsza. Strup z kikuta nagłośni odpadł dziewiątego dnia. Potem oddzielił się kawałek uległej zgorzeli chrząstki. Głos wrócił po dwóch tygodniach, dość silny, choć ochrypły.

Dla uzyskania wessania nacieku tylnej ściany i nacieczeń więzów bocznych zastosowałem w 15 dni po operacyi 30%-wy roztwór *phenoli sulfo-rimici*. Odczyn był zbyt żywy, ból przy łykaniu powrócił i trwał dwa dni. Głos się pogorszył. Uspokoilem chorego zapewnieniem, że poprawa za tydzień nastąpi i istotnie tak było. Lecz poprawa ta była niezupełna, a nie chcąc ponawiać pendzlowań przykrych dla chorego, uległem jego prośbom i w miesiąc po pierwszej operacyi wyciąłem nacieki tylnej ściany i obu więzów bocznych.

Zagojenie nastąpiło niezwykle szybko. Chory łykał zupełnie bez bólu, głos zyskał na sile. Przekonał się o tem prof. BARANOWSKI, który chorego niedawno ze mną oglądał. Przypadek ten opisałem szczegółowiej z dwóch względów: dowodzi on możliwości odjęcia bez obawy krwotoku całej nagłośni zgrubiałej i owrzodzonej, z odzyskaniem choć na kilka tygodni zupełnie swobodnego przełykania i dowodzi korzyści użycia autoskopu przy tego rodzaju operacyach. Zmuszony do wyjazdu nie widziałem chorego przez czas pewien. W kilka tygodni później stan chorego się pogorszył. Naciek świeży gruźliczy zajął tylną ścianę i więzy boczne krtani zarówno jak i struny fałszywe i przeszedł na nasadę języka. Dołączyła się gorączka hektyczna i chory w trzy miesiące później zmarł z powodu rozprzestrzenienia sprawy na obydwa płuca. Dodać winienem, że chory ten na wiosnę 1896 r. poddany został leczeniu rtęciowemu, które silnie podkopało jego ustrój.

O doniosłości badania autoskopem przekonał mię w ostatnich dniach jeszcze jeden przypadek, spostrzegany z profesorami BARANOWSKIM i KOSIŃSKIM, przypadek nowotworu wychodzącego z bocznej ściany gardzieli.

Zaczynał się on tak głęboko w gardzieli, że dopiero przez silne naciśnięcie nasady języka i wywołane tem krztuszenie można było górny odcinek chwilowo zobaczyć. Lusterko krtaniowe nie dawało dokładnych obrazów co do rozciągłości cierpienia, stwierdziło tylko obecność guza na tylnej i bocznej ścianie gardzieli, zakrywającego połowę nagłośni i wewnątrz krtani. Palec wprowadzony do gardzieli wykrywał, że guz zstępuje aż do przełyku, że jest twardy, nierówny i w środku rozszczępiony przez głęboką bruzdę. Jaki jednak charakter miało to rozszczępienie dopiero autoskopem wykryć było można.

Okazało się, że owa głęboka szczelina jest owrzodzeniem o nierównych, poszarpanych brzegach, pokrytych szaro-żółtą ziarniną, że mamy do czynienia z rozpadem.

Charakter sprawy określiło dopiero czwarte z rzędu badanie drobnowidzowe wyciętych w tym celu kawałków nowotworu. Trzy pierwsze preparaty wykazywały nowotwór natury łagodnej. Czwarte badanie wykryło raka. Dokładny opis tego nader ciekawego spostrzeżenia podam w innem miejscu.

Nadmienię jeszcze, że autorowie nowszych prac o wartości autoskopii: WAGNER w Lille, KILLIAN, A. BRONNER w Bradforcie, Prof. BRUNS w Tybindze, SOLIS COHEN w Filadelfii metodzie KIRSTEIN'a wielkie oddają pochwały.

Co do samej nazwy, proponowałbym zamiast „autoskopii“, użyć wyrazu: „Ortolaryngoskopia“.

O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia.

Podał D-r med. **H. HIGIER.**

(Ciąg dalszy—Zob. N. 12).

Przedewszystkiem, co się tyczy z aniku mięśni, to już omawiając objaw ten w epikryzie, wyraziliśmy nasz podgląd co do zmian stanowiących przypuszczalną podstawę anatomo-patologiczną tego zaniku: posiada on zarówno cechy właściwe zanikowi pochodzenia mięśniowego, jak i rdzeniowego, chociaż ten ostatni typ znacznie przeważa. Prawdopodobnie mamy zatem do czynienia z zanikiem zwojów rogów przednich rdzenia; zanik ten może być albo pierwotny, albo, jak to STRÜMPPELL³⁷⁾ dla takich postaci mieszanych przyjmuje, wtórny, spowodowany zmianami w układzie obwodowym. Sprawa ta, zresztą czysto teoretyczna, mogłaby być rozstrzygnięta jedynie na drodze dokładnego badania pośmiertnego. W każdym razie zanik mięśni ze względu na pewne cechy swoiste, zdaje się, nie jest pochodzenia mózgowego.

Czy należy zanik mięśni uważać za następstwo zasadniczego cierpienia, czy też tylko za przypadkowe powikłanie diplegii mózgowej, za zbiór objawów całkiem od niej niezależny? Żeby z pewnem prawdopodobieństwem rozstrzygnąć tę sprawę z wielu względów bardzo ciekawą, rozpatrzmy szczegółowiej nieliczne zresztą w piśmiennictwie lekarskiem analogiczne przypadki rodzinnych porażen spastyczno-amyotroficznych. Zdaje się, że w tej postaci cierpienie to spotyka się niezmiernie rzadko. Przynajmniej ja w dostępnej mi literaturze znalazłem tylko dwa odnośne spostrzeżenia: jedno, opisane przez SEELIGMÜLLER'a³⁸⁾ (1876), a drugie przez HOFFMANN'a (1894).

Przypadek SEELIGMÜLLER'a dotyczył czworga (3 siostry i jednego brata) z pomiędzy 7 rodzeństwa. Choroba rozpoczynała się w drugiej połowie pierwszego roku życia od objawów porażenia spastycznego i stopniowo rozwijających się przykurczeń wszystkich 4-ch kończyn. Przypadek swój zalicza SEELIGMÜLLER do *sclerosis amyotrophica lateralis*, ponieważ w dalszym przebiegu choroby u niektórych z tych chorych przyłączyły się „równomiernie rozprzestrzenione po całym ciele zaniki mięśni z osłabieniem pobudliwości elektrycznej oraz wybitne objawy opuszkowe“. Nadmierne wzmoczenie odruchów ścięgnistych spostrzegano u wszystkich czworga chorych (liczących 10, 8, 6³/₄, 1¹/₃ lat

³⁷⁾ STRÜMPPELL. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1893. T. III. Porów. CRAMER. Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. 1895. T. VI.

³⁸⁾ SEELIGMÜLLER. Deutsche medicinische Wochenschrift. 1876. Nr. 16—17.

życia), drżenia włókienkowe mięśni tylko u jednej (10-letniej), zaburzeń zaś w sferze czuciowej i w inteligencji nie zauważono u żadnego z rodzeństwa. „Co się tyczy etyologii, to nie można było wykryć żadnej innej przyczyny, jak tylko to, że dzieci pochodziły z małżeństwa zawartego pomiędzy osobami spokrewnionymi“.

Trudno z pewnością bezwzględnie zaprzeczyć słuszności rozpoznania SEELIG-MÜLLER'a, jakkolwiek należałoby prędzej przypuszczać diplegię mózgową powikłaną zanikiem i zwyrodnieniem mięśni, zwłaszcza jeśli przyjmiemy pod uwagę młodociany wiek chorych, rodzinny charakter cierpienia i powolny, z górą 9 lat trwający przebieg.

Boczne stwardnienie zanikowe, jak to wiemy z klasycznego opisu tej choroby przez CHARCOT'a, nigdy nie ma charakteru cierpienia rodzinnego, występuje zwykle pomiędzy 25 a 50-ym rokiem życia i kończy się śmiercią w ciągu 3-go lub 4-go roku choroby.

O przypadku podobnym do spostrzeżenia SEELIGMÜLLER'a wspominał STRÜMPELL w odczycie swoim na 65-ym Zjeździe przyrodników lekarzy niemieckich w 1893 r. Z pomiędzy dwojga rodzeństwa, w wieku około 10 i 12 lat, u jednej były bardzo wyraźne objawy *sclerosis amyotrophicae lateralis*, a u drugiego cierpienie to dopiero się rozwijało. Pomijam jednakże ten przypadek, ponieważ bliższych szczegółów o nim autor nie podaje. Zresztą STRÜMPELL sam, o ile mi z listu prywatnego wiadomo, skłonny jest po dłuższym spostrzeganiu uznać te przypadki za postać poronną *scélérose en plaques*.

O wiele więcej złożony jest zbiór objawów w spostrzeżeniu HOFFMANN'a³⁹⁾, o którym autor słusznie twierdzi, że nie znalazł w literaturze ani jednego analogicznego przypadku.

Na pierwszym planie w obrazie chorobowym stoi osłabienie władz umysłowych i zanik mięśni. U czworga rodzeństwa (liczących lat 30, 29, 21 i 15), złożonego z 3 braci i 1 siostry, występuje w młodocianych latach osłabienie władz umysłowych i zaburzenia ruchowe bez wyraźnych cech porażenia spastycznego lub zanikowego. U najstarszego chorego rzucają się również w oczy pewne zaburzenia mowy (jąkanie) i ruchy mimowolne przypominające atetozę. Mniej więcej w okresie dojścia do dojrzałości płciowej przyłącza się niedowład zanikowy, postępujący w kierunku od obwodowych odcinków kończyn do tułowia, przyczem jednakże mięśnie twarzy, szyi i tułowia zostają nietknięte. Zarówno mechaniczna, jak i elektryczna pobudliwość porażonych i dotkniętych zanikiem mięśni jest zmniejszona, odczynu jednak zwyrodnienia niema. Co się tyczy odruchów ścięgniętych na górnych kończynach, to w jednym przypadku ich brak, w jednym są one prawidłowe, w dwóch wzmożone; odruchy okostnej goleni i odruchy kolanowe są u większości chorych patologicznie wzmożone; te ostatnie dochodzą prawie aż do drgawek klonicznych. Nogi są sinawe i chłodne. W dwóch przypadkach zauważyć można w ciągu ostatnich lat zmniejszenie się inteligencji, upośledzonej zresztą już od urodzenia. Zeza, drżenia gałek ocznych (*nystagmus*), zaburzeń ze strony żrenic, ze strony narządów zmysłów, czucia oraz nieprawidłowości ze strony pęcherza i odbytnicy, jak również tonicznego napięcia mięśni i wrażliwości pni nerwowych na ucisk niema. Pod względem etyologicznym nie można wykryć nic godnego uwagi. Pozostałe siostry są zdrowe. Dwie dalekie krewnie

³⁹⁾ HOFFMANN. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1894. T. VI.

zmarły, podobno, przed laty, między 30 a 40 rokiem życia „o d podobnej choroby“. HOFFMANN najzupełniej zdaje sobie sprawę z trudności rozpoznawczych, dotyczących jego spostrzeżenia. Zwraca on uwagę na wielkie pokrewieństwo tych czterech przypadków z mózgowem porażeniem dziecięcym, z postępującym zanikiem mięśni pochodzenia neurotycznego i z bocznym stwardnieniem zanikowym; wobec jednakże znacznych różnic, zachodzących pomiędzy jego przypadkami, a wymienionymi dopiero co chorobami, nie decyduje się podciągnąć swych spostrzeżeń pod jakąkolwiek bądź ze znanych grup nozologicznych, czuje się natomiast uprawnionym do wyodrębnienia swoistego zbioru objawów. Za przyczynę wrodzonego osłabienia władz umysłowych i wczesnego wystąpienia zaburzeń ruchowych uważa HOFFMANN wrodzoną wadę organiczną, mianowicie, upośledzenie czynnościowe kory mózgowej i drogi ruchowej rdzenia. Przyłączenie się późniejsze niedowładu zanikowego kończyn i zmniejszenie się inteligencji można, zdaniem HOFFMANN'a, wytłumaczyć następstwami zmianami anatomicznymi w 1 i 2-im neuronie ruchowym oraz zwyrodnieniem kory mózgowej, która już w życiu wewnątrzmacicznym stanowiła *locus minoris resistentiae*.

Nie będzie chyba od rzeczy, jeżeli, rozbierając przypadki SEELIGMÜLLER'a i HOFFMANN'a, wspomnimy w kilku słowach o świeżo opisaniej rodzinnej postaci syringomyelii, posiadającej wiele cech wspólnych z postacią spastyczno-amyotroficzną. Jak wiadomo, spotyka się niekiedy wrodzony idyotyzm lub przytępienie umysłu obok syringomyelii spastyczno - zanikowej. Uzasadnione przeto jest pytanie, o ile w naszym i w omawianych wyżej dwóch przypadkach wchodzi w grę glioz mózgo - rdzeniowa. Odpowiedź na pytanie powyższe nie trudna: syringomyelię wyłączyć należy z tych samych powodów, dla których wyłączyliśmy postępujący neurotyczny zanik mięśni. Wprawdzie istnieją zaburzenia naczynio-ruchowe i troficzne na kończynach, za to brak jakichkolwiek zaburzeń czuciowych, pomimo że choroba trwa lata całe. W tych nielicznych przypadkach syringomyelii lub hydro-mielii rodzinnej, które rozpoznawano za życia, zaburzenia czuciowe najbardziej uwydatniały się w obrazie chorobowym.

Fakt ten miał miejsce w spostrzeżeniu VERHAGEN'a i VANDERVELDE'a ⁴⁰⁾, dotyczącem 2-ch siostr i brata, dzieci nałogowych pijaków. Toż samo się powtarza u czworga rodzeństwa — jednej siostry i trzech braci, — o których wspomina BRUNS ⁴¹⁾ z własnej praktyki w referacie ze wspomnianego spostrzeżenia autorów belgijskich. Wreszcie analogiczny obraz był i w przypadku opisanym przez FERRANNINI'ego ⁴²⁾, dotyczącym matki i trzech synów: u wszystkich czworga chorych w 40-ch latach życia występował szereg objawów typowy dla syringomyelii, t. j. rozległe zaburzenia czuciowe na kończynach, zaburzenia troficzne i naczynio - ruchowe w skórze, w mięśniach i w stawach.

Ostatnio wymieniony zbiór objawów nazywa FERRANNINI „jądrem nozologicznem syringomyelii“, do którego się później stale przyłączają objawy ze strony pęczków bocznych i tylnych.

Zdaniem tegoż autora nierzadkie są postacie poronne (*formes frustes*) wrodzonej i dziedzicznej syringomyelii, w których „*nucleo nosologico*“ nie rozwija się wcale lub dopiero pod koniec życia, ustępując miejsca wyłącznie

⁴⁰⁾ VERHAGEN et VANDERVELDE. Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, 1894.

⁴¹⁾ BRUNS. Deutsche medicinische Wochenschrift. Litteratur-Bellage, str. 27. 1895.

⁴²⁾ FERRANNINI. La riforma medica, Juni, 1896. Refer. w Schmidt's Jahrbücher.

objawom ze strony rogów przednich, albo pęczków bocznych, lub obydwóch jednocześnie.

Że w pojedynczych przypadkach syringomyelia może przez lata całe świetnie naśladować spastyczne porażenie rdzeniowe lub stwardnienie boczne zanikowe, wiemy bardzo dobrze ⁴³⁾ ze szczegółowych zestawień BRUHL'a, HOFFMANN'a i SCHLESINGER'a ⁴⁴⁾. Na zasadzie jakiego materiału anatomicznego syringomyelii dziedzicznej o rodzinnej czuł się FERRANINI uprawnionym do wygłoszenia powyższej hipotezy, umożliwiającej, nawiasem mówiąc, wszelkie najwątплиwsze rozpoznania, nie dowiadujemy się, niestety, z pracy jego.

W jednym jedynym, zdaniem naszym, dość wątpliwym przypadku, w którym dokonano badania pośmiertnego, a który za życia rozpoznano jako syringomyelię rodzinną (przypadek VERHAGEN'a i VANDERVELDE'a), znaleziono rzeczywiście jamę, sięgającą od szyjowej części rdzenia do lędźwiowej. Godne zaznaczenia w przypadku tym było, że zwoje rogów przednich, od uszkodzenia których zanik mięśni, zdawało się, był zależny, pozostały przez jamę nietknięte. Autorzy w myśl teorii JOFFROY'a i ACHARD'a uważają znalezioną jamę rdzeniową za „*myelie cavitaire*“, SCHLESINGER nie bez słuszności widzi w jamie „*eine sehr erweiterte Scheide central verlaufender Gefässe*“.

Brak danych badania pośmiertnego zarówno w większości przypadków, rozpoznawanych jako rodzinno-dziedziczna lub wrodzona syringo- wzgl. hydromyelia, jako też i w przypadkach SEELIGMÜLLER'a i HOFFMANN'a, bardzo zbliżonych do naszego spostrzeżenia (I), zmusza nas do pozostawienia nierozstrzygniętą sprawę stosunku patogenetycznego zaniku mięśni do porażenia spastycznego u naszej chorej.

Opierając się na teorii neuronów i na wynikach najnowszych prac nad ich zwyrodnieniem ⁴⁵⁾, uważałbym za najprawdopodobniejszą t. zw. *dégénérescence par transmission* ⁴⁶⁾ (KLIPPEL-DURANTE) w 2-im neuronie ruchowym, rozciągającym się od komórki zwojowej rogów przednich do zakończenia mięśniowego nerwu. Przy pierwotnem zwyrodnieniu pierwszego t. j. korowego neuronu (*archineuron*) spotyka się nieraz następce zmiany zanikowe w drugim t. j. w rdzeniowym neuronie (*teloneuron*), przyczem zwyrodnienie, zdaniem KLIPPEL'a i MARINESCO'a, postępuje w teloneuronie od jego końca mięśniowego, czyli że zmiany w górnym neuronie sprowadzają zmiany następce przede wszystkim w obwodowej części wyrostka osiowego dolnego neuronu, zmiany, które mogą pozostać w ten sposób umiejscowione. Hipoteza ta najlepiej tłumaczyłaby nam zanik mięśniowy przy naszej diplegii mózgowej oraz jego kliniczne cechy znamienne.

Obfitszego nieco plonu dostarcza literatura chorób rodzinno - dziedzicznych pochodzenia ośrodkowego w sprawie drugiego interesującego nas objawu diplegii mózgowej, mianowicie, z a b u r z e ń w k o o r d y n a c y i.

Już, poczynając od FRIEDREICH'a, uważano wszelkie zaburzenia w koordynacji (beźład przy staniu lub siedzeniu, beźład przy wykonywaniu ruchów) obok zniesienia odruchów kolanowych za główny, prawie znamionujący

⁴³⁾ HIGIER. Artykuł „Syringomyelie“ w „Bibliothek der medicinischen Wissenschaften“. Wien: 1893—1896.

⁴⁴⁾ SCHLESINGER. Die Syringomyelie. Leipzig und Wien. 1895. p. 138.

⁴⁵⁾ G. MARINESCO. Théorie des neurones. Application au progressus de dégénérescence et d'atrophie dans le système nerveux. Presse médicale, 1895.

⁴⁶⁾ M. KLIPPEL. Les neurones. Les fols fondamentales de leurs dégénérescences. Arch. de Neurologie. 6. 1896.

objaw t. zw. „bezładu dziedzicznego“, czyli „choroby FRIEDREICH’a“. O wiele mniej jest jednakże wiadome, że zaburzenia w koordynacji (*ataxia statica et locomotoria*) mogą mieć miejsce i przy diplegii mózgowej ze wzmożonymi odruchami ścięgnistymi. Już SACHS’owi⁴⁷⁾ udało się dwa razy z pomiędzy 39 przypadków diplegii mózgowej stwierdzić bezład typowy. W nowszych czasach pojedyncze przypadki podobne ogłosił HAUSHALTER⁴⁸⁾ (sposprzeżenie VII) i KÖNIG⁴⁹⁾. W przypadku ostatnim obok diplegii spastycznej, drżenia gałek ocznych, mowy nosowej i skandowanej, zaburzenia ataktyczne są tak wybitne, że autor dopiero po szczegółowym rozbiórze przychodzi do wniosku, opierając się głównie na danych etyologicznych i na rozwoju choroby, że należy wyłączyć chorobę FRIEDREICH’a oraz stwardnienie wieloogniskowe.

Z pomiędzy przytoczonych wyżej spostrzeżeń diplegii rodzinnych tylko w przypadku FREUD’a wzmiankowano: „*tremor atacticus*“. „Możnaby ułożyć z zanotowanych przezeń objawów obraz chorobowy, poczęści zupełnie identyczny z chorobą FRIEDREICH’a, poczęści zaś wręcz mu przeciwny — spastyczną chorobą FRIEDREICH’a“, wnioskuje bardzo trafnie FREUD⁵⁰⁾ w ocenie swojego przypadku. Rzeczywiście, gdybyśmy w naszym spostrzeżeniu (III) lub w przypadku FREUD’a mieli zniesienie zamiast wzmożenia odruchów ścięgnistych, to zbiór objawów byłby prawie identyczny z typową chorobą FRIEDREICH’a. Lecz o ile w pojedynczych, odosobnionych przypadkach, w rodzaju wzmiankowanego przypadku KÖNIG’a, można współistnienie bezładu i objawów spastycznych u noworodka lub młodego dziecka kłaść na karb przebytego *intra uterum* cierpienia zakaźnego (*meningoencephalitis*), lub uważać za skutek nieprawidłowego porodu (wylew krwawy międzyoponowy nad okolicą ruchową półkul i w tylnej jamie czaszkowej nad mózdzkiem — SARAH-NUTT, GOWERS), — o tyle w przypadkach FREUD’a, PELIZAEUS’a lub moich przypuszczenie takie ani na chwilę ostać się nie może wobec zupełnego braku w danych wywiadowczych choroby matki podczas ciąży, lub porodu przedłużonego. Pomijam już zupełnie tę okoliczność, że pierwsze objawy rodzinnego *pax excellence* cierpienia wystąpiły nie w wieku niemowlęcym.

Wielce zbliżone do przypadku FREUD’a i do mojego są ciekawe spostrzeżenia DRESCHFELD’a, GANGHOFFER’a i HAUSHALTER’a: w przypadkach tych naczelne miejsce w zawiłanym obrazie chorobowym u wielu członków rodziny zajmowały zaburzenia w koordynacji obok diplegii spastycznej. Spostrzeżenie DRESCHFELD’a⁵¹⁾ (1878) sam autor i większość późniejszych autorów (HÖDEMAKER, PELIZAEUS, UNGER, MARIE) zalicza do stwardnienia rozsianego. Choroba, stale postępująca, rozwinęła się u starszego brata na początku drugiego roku życia, u młodszego zaś w 4-ym roku. U obydwóch objawy były następujące: niedowład i przykurczenia wszystkich kończyn, zaburzenia w koordynacji, drżenie przy wykonywaniu ruchów celowych, bieganie gałek ocznych, mowa skandowana i przytępienie umysłu. Choroba nie rozwijała się napadami i w przebiegu jej nie spostrzegano żadnych zwolnień. Badania pośmiertne nie było. (D. n.)

⁴⁷⁾ SACHS. Loc. cit.

⁴⁸⁾ HAUSHALTER. *Révue de Médecine*. 1895. p. 434.

⁴⁹⁾ KÖNIG. *Berl. klin. Wochenschrift*. 1895. Nr 39.

⁵⁰⁾ FREUD. Loc. cit.

⁵¹⁾ DRESCHFELD. *Medical Times and Gazette*. 1878. Luty. Cyt. u UNGER’a.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

35. J. JOTEYKO. **Znużenie i oddychanie tkankowe mięśni.** Paryż. str. 56. 1896. Niewielkiej objętości broszura pod powyższym tytułem jest pracą doświadczalną z dziedziny fizjologii mięśni, wykonaną przez autorkę w pracowni prof. RICHET'a. Po części sprawdza ona wyniki prac innych autorów, po części zaś poświęcona jest doświadczeniom samodzielnym, mogącym przyczynić się do rozjaśnienia niektórych stron fizjologii mięśni.

Ścisłość w przeprowadzaniu doświadczeń, baczność na wpływy uboczne, mogące mącić ich czystość, przeprowadzanie doświadczeń kontrolujących w celu sprawdzenia wniosków obok zwięzłości w opisie dodatnio cechują całą pracę.

Po streszczeniu wyników badań swoich poprzedników podaje autorka wyniki własnych doświadczeń. Rozdział 1-szy dotyczy doświadczeń, czynionych nad mięśniem łydkowym żaby nie pozbawionym krążenia krwi; wynika z nich potwierdzenie prawa KRONEKER'a o znużeniu mięśni, mianowicie, że krzywa znużenia, t. j. linia łącząca wierzchołki pojedynczych krzywych skurczu jest linią prostą. Następne doświadczenia (rozdział 2-gi) czynione były z mięśniem żaby, pozbawionym przez wycięcie serca krążenia krwi. I w tym przypadku można prawo KRONEKER'a stwierdzić z całą ścisłością, lecz prócz tego okazuje się, że zarówno mięsień, przez który krew przepływa, tak samo choć w mniejszym stopniu i mięsień pozbawiony krwioobiegu po pewnym czasie wypoczynku odzyskuje kurczliwość. Nieodzownym jednak warunkiem tego zjawiska jest obecność tlenu; doświadczenia z mięśniem pozbawionym krwioobiegu umieszczonym w przegotowanej wodzie lub w atmosferze wodoru stwierdzają fakt ten dowodnie. Rozdział ten jest najbardziej wyczerpująco traktowany, doświadczenia liczne i przekonujące.

Następne doświadczenia (rozdział 3-ci) mają na celu rozstrzygnięcie pytania, czy mięsień sam przez się (t. j. krwi pozbawiony) posiada własności glikolityczne, czy spalanie się cukru gronowego odbywające się we krwi, a najenergiczniej we krwi kurczących się mięśni, zależy bezpośrednio od tkanki mięśniowej. Wynik doświadczeń wypadł zawsze ujemnie: mięśnie psa, zupełnie krwi pozbawione, dokładnie roztarte pozostawały w zetknięciu z roztworem cukru gronowego w rozmaitych warunkach co do ciepłoty, czasu, uprzedniego zagotowania i t. p. Ilość cukru pozostawała stale niezmienną.

Ostatni rozdział (5-ty) poświęcony został doświadczeniom nad wpływem niektórych wytworów przemiany materii, zastrzykniętych pod skórę żaby, na szybkość znużenia mięśni. Jak wiadomo, teorią usiłującą tłumaczyć zjawiska znużenia mięśni jest teoria chemiczna, według której mięsień wyczerpuje się wskutek nagromadzenia w nim wytworów rozkładu, działających zgubnie na jego pobudliwość. Autorka wstrzykiwała mocznik, węglan amonu, sodu, potasu oraz neurynę, kładąc nacisk na to, aby ilości wstrzyknięte zbliżone były do tych, jakie prawidłowo znajdować się mogą w ustroju żaby. Zasada ta wydaje się jednak pozornie tylko słuszną, albowiem ilość wytworów trujących, które krążą w znużonym mięśniu jest względnie daleko większa, niż ta, która się znajduje w reszcie układu naczyniowego. Nie podaje też autorka i zasad, wedle których oblicza owe wstrzykiwane ilości ja ko normalne. Okazuje się, że z wymienionych ciał jedynie neuryna już w małych dawkach działa hamująco na sprawność mięśni. Rozpatrywany rozdział, zdaje się, jest wstępem do dalszych badań w tym kierunku, może też dlatego traktowany jest bardziej szkicowo.

S. Bernstein.

36. P. SILEX. **Eukaina — B w okulistyce.** (*Deut. Med. Woch. Nr. 6. 1897*).

E. TAEUBER. **O p - dietoxyetylenyldifenylamidynie, nowym środku znieczulającym.** (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk. Luty. 1897*).

R. KUTHE. **Spostrzeżenia nad holokainą, środkiem miejscowo znieczulającym** (tamże).

W powodzi nowych leków ukazały się w ostatnich czasach trzy nowe środki, mające zastąpić kokainę, od dawna cieszącą się zasłużonem zresztą uznaniem. Okulistyka od czasu wprowadzenia w użycie kokainy ograniczyła używanie chloroformu przy operacjach na oku do *minimum*; kokaina pozwala wykonywać bez bólu większość operacji okulistycznych, a jednak, pomijając ujemne działanie ogólne u niektórych osób, dla oka posiada ona niektóre niepożądane własności: wysusza nabłonek rogówki, rozszerza źrenicę, porażając jednocześnie akomodację w nieznacznym zresztą stopniu, wreszcie wywołuje obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, co nieraz stanowi poważną przeszkodę podczas operacji, szczególnie przy wydobywaniu zaćmy. Jeżeli jeszcze zaznaczymy dość wysoką cenę kokainy, to poszukiwanie nowego środka znieczulającego ma pewną słuszość za sobą.

Eukaina wprowadzona do handlu przed kilku miesiącami miała tych braków kokainy nie posiadać, a za to wszystkie jej zalety. Pokazało się jednak co do oka przynajmniej, że choć środek ten sprowadza znieczulenie łącznicy i rogówki po paru minutach, bywa ono jednak poprzedzone przez bardzo silne palenie, które uniemożliwia używanie go w okulistyce. Obecnie SILEX zdaje sprawę z prób dokonanych z nową postacią eukainy, która dla odróżnienia od dawnej została nazwana eukainą B. Jest to chlorek benzoilwinyldiacetonalkaminy i przedstawia się w postaci białego, niekrystalicznego proszku, rozpuszczającego się w wodzie ciepłoty pokojowej w ilości około 5%. SILEX używał w praktyce 2% roztworu i doszedł do wniosku, że eukaina B w niczem kokainie nie ustępuje, a nawet ją przewyższa, ponieważ jest tańsza, przy gotowaniu roztworu nie rozkłada się i nie ma tych niepożądanych dla okulisty własności kokainy, o których wyżej wspomniałem. Po wpuszczeniu kropli do oka w pierwszej chwili odczuwa się pewne palenie, którego natężenie jest czysto indywidualne, tak samo jak i przy kokainie; znieczulenie występuje po upływie jednej do trzech minut a trwa od 15 do 20 minut. Kokaina wywołuje zwężenie naczyń a przez to miejscową niedokrwiłość i dlatego oko kokainowane jest blade; eukaina B wywołuje rozszerzenie naczyń, jak SILEX przypuszcza, przez porażenie nerwów zwężających naczynia, to też łącznica oka znieczulonego tym środkiem jest w większym lub mniejszym stopniu przekrwiona. Zwykle przy kokainie porażenia mięśnia MUELLER'a nie bywa, szpara powiekowa nie rozszerza się i oko nie jest wysadzone. Źrenica nie rozszerza się i oddziaływa na światło i akomodację. Ciśnienie wewnątrzgałkowe nie zmienia się. Powierzchnowe zmętnienie rogówki zdarza się ale w mniejszym stopniu i rzadziej niż przy kokainie. Operacje na oczach znieczulonych eukainą B przebiegały tak samo, jak przed kokainą, a brak rozszerzenia źrenicy ułatwiał prowadzenie cięcia przy operacji zaćmy. Jedyną więc ujemną stroną działania eukainy B i to niewielkiego znaczenia jest wywoływanie przekrwienia łącznicy. To też w tych przypadkach, gdzie przekrwienie już istniało z powodu sprawy zapalnej przedniego odcinka oka, np. przy zapaleniu tęczówki, chorzy przekładają kokainę nad eukainę B.

Wogóle opierając się na dotychczasowych wynikach prób, SILEX rokuje przyszłość nowemu *anaestheticum*.

Jeszcze nowsza jest holokaina, której nazwę chemiczną pomieściłem w nagłówku. W lutowym zeszyte Centralblatt'u HIRSCHBERG'a zdają o niej sprawę TAEUBER ze strony chemicznej a KUTHE z doświadczeń klinicznych. Holokaina jest pochodna p-fenetydyny, a więc pokrewna fenacetynie, laktofeninie i t. d. Po wpuszczeniu do oka 2—3 kropli 1% roztworu holokainy już po 15 sekundach następuje zupełne znieczulenie, utrzymujące się najmniej 10 minut. Przed znieczuleniem występuje lekkie palenie. KUTHE stosował holokainę do 45·oczów w klinice HIRSCHBERG'a i ujemnych objawów nie zauważył. Nabłonek rogówki nie wysycha i nie mętnieje, źrenica nie rozszerza się i oddziaływa dobrze. Mrukanie staje się nieco rzadsze, ale nie w takim stopniu jak przy kokainie; rozszerzenie szpary powiekowej, wysadzenie gałki nie występuje. Nie zauważono też różnicy w napełnieniu naczyń krwionośnych. Jeżeli sprawdzi się to, co KUTHE twierdzi na mocy jednego spostrzeżenia, t. j., że holokaina działa znieczulająco nawet przy silnem przekrwieniu oka, kiedy kokaina, jak wiemy działa bardzo słabo albo wcale nie działa, będzie to ważną zaletą nowego środka.

Holokaina jest silną trucizną; królik wagi 3½ funtów niemieckich, który otrzymał pod skórę 4 strzykawki PRAWAZ'a 1% roztworu, a więc 0,04 holokainy, padł po upływie kwadransa wśród drgawek tonicznych; u drugiego ważącego 2½ funta od 0,02 wystąpiły również drgawki, ruchy maneżowe i „inne ciężkie objawy“, ale po półgodzinie królik przyszedł do siebie. Czy te nowe środki znieczulające będą miały obszerniejsze zastosowanie, przyszłość pokaże, tymczasem pojawienie się ich wywołało znaczne obniżenie ceny kokainy.

B. R. G.

37. N. SWOBODA. **Przyczynek do etyologii „Melaenae“ (t. zw. „czarnej choroby noworodków“).** Autor, lekarz domu podrzutek, miał możność częstego spostrzegania tego cierpienia. Pomijając zupełnie milczeniem przypadki „*melaenae verae*“, zajmuje się on tylko przypadkami *m. spuriae*, ponieważ w tych właśnie krwawienie powstaje ze źródła, na które dotychczas tak mało zwracano uwagi, że ani w jednym z przypadków znanych w literaturze, przy ujemnych danych anatomicznych, nie uważano za niezbędne wyłączyć przy badaniu pośmiertnem takich spraw chorobowych, jakie właśnie spostrzegane były przez autora.

W pierwszym przypadku u dziecka kilkotygodniowego wystąpił ropny wyciek z nosa przy podwyższonej ciepłocie. Po upływie kilkunastu dni przy tych samych objawach wystąpił krwotok z nosa i jamy ustnej; wśród tych objawów dziecko zmarło trzeciego dnia. Oględziny pośmiertne wykazały, że ściany jamy nosowej zupełnie były obnażone, bez błony śluzowej, tak że widoczne były kości i chrząstki. W jamie ustnej, przełyku i żołądku dużo ciemnej krwi, a cały przewód pokarmowy napełniony lepkiemi masami krwi.

Oczywiście, źródłem krwotoku była jama nosowa, a dopiero po 18-tu dniach nieżyty ropnego wystąpiły krwotoki dające obraz „*melaenae verae*“. Powstanie tych krwotoków objaśnia autor zapomocą teorii o krwotoczności nabytej, która w tym przypadku mogła być warunkowana przez posocznicę.

W drugim przypadku dziecko miesięczne, dotychczas zdrowe, zaczęło być bardzo niespokojne, płakać i t. p. Czwartego dnia zaczęło się wolne krwawienie z nosa i krwawe wymioty. Po zatamponowaniu krwawienie ustało, lecz po pięciu dniach wszystko się powtórzyło z dodatkiem krwawego stolca. Z lewej ściany jamy ustnej krew widocznie się sączy. Pomimo tamponów krwawienie staje się coraz większe, pod wieczór występuje lekki *trismus*, wieczorem dziecko umiera.

Oględziny pośmiertne wykazały świeży skrzep krwawy, grubości 1—2 ct m. pomiędzy *pia* i *arachnoidea*, obejmujący całą lewą półkulę mózgu; na *pia* z lewej strony objawy *pachymeningitidis vasculosae*.

Autor przypadek ten objaśnia zapomocą *pachymeningitidis vasculosae*, co, zdaniem niektórych, daje powód do znacznych samoistnych krwotoków.

Wreszcie w dwu ostatnich przypadkach, u dzieci, obarczonych przymiotem dziedzicznym, wystąpiły krwotoki nosowe; w obu przypadkach znaleziono w czasie badania pośmiertnego obrażenia błony śluzowej jamy nosowej, a w wyjętych błonach włóknikowych lasecznika LOEFFLER'a.

Zmartwiałe pod wpływem błonicy miejsca stały się punktem wyjścia dla krwotoków.

(*Wiener. klin. Wochenschr.* N. 41. 1896).

Wacław Sterling.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 16 lutego r. b.

TREŚĆ. 1) STANKIEWICZ. Przedstawienie preparatu nowotworu złośliwego nerki. 2) BIERNACKI. *Myelopathia endoarteritica acuta* (z przedstawieniem preparatów).

1) Kol. STANKIEWICZ przed niedawnym czasem spostrzegał przypadek, w którym u dwudziestokilkoletniego mężczyzny występował od czasu do czasu krwimocz bez jakichkolwiek innych objawów; badanie przedmiotowe pozwalało tylko stwierdzić w lewym podżebrzu, bardzo wysoko, istnienie ledwie wyczuwalnego stwardnienia. Nie mniej przeto na zasadzie spostrzeganego krwimoczu, który mówca uważa za jeden z najwcześniejszych objawów spraw złośliwych w nerkach, rozpoznał on nowotwór złośliwy lewej nerki i dokonał operacji wyjęcia jej. Okazany preparat, którego badanie drobnowidzowe nie jest jeszcze ukończone, przedstawia znacznej wielkości nowotwór, zajmujący górną część nerki.

2) Kol. BIERNACKI podzielił się ze słuchaczami opisem trzech spostrzeganych przez siebie przypadków, w których punktem wyjścia obrazu klinicznego jest zapalenie błony wewnętrznej tętnic opon rdzenia, i które nazywa *myelopathia endoarteritica acuta*. Przypadek 1-szy. U 50-letniego, zdrowego przedtem mężczyzny wystąpiło drętwienie kończyn dolnych i wkrótce potem zaburzenia ze strony pęcherza; po przybyciu chorego do szpitala stwierdzono: stan bezgorączkowy, porażenie i zniesienie odruchów na kończynach dolnych, porażenie pęcherza i odbytnicy i znieczulenie sięgające do pasa; w parę dni zjawiała się odleżyna zgorzelinowa z gorączką typu ropno-posoczniczego i wkrótce potem śmierć. Badanie zwłok wykazało: przekrwienie mlecza bez zmian przekroju poprzecznego; między 6-y i 8-y korzeniem nerwowym, w pęczkach bocznych ogniska klinowate, zwrócone ku obwodowi, złożone z napęczniałych cylindrów osiowych, bez zniszczenia rdzenia; w oponach—bujanie błony wewnętrznej naczyń, zwłaszcza między 5-y i 9-y m kręgiem grzbietowym, i skutkiem tego znaczne zwężenie a nawet zamknięcie światła naczyń, należących do *tractus laterales*. Przypadek 2-gi. Mężczyzna dwudziestokilkoletni, który przed 1½ rokiem przebył przymiot, leczony bardzo starannie; przebieg w głównych zarysach ten sam; śmierć po upływie dwudziestu dni. Oględziny pośmiertne stwierdziły tylko przekrwienie mlecza, na stwardniałym zaś preparacie można było wykazać zwyrodnienie wtórne wstępujące i zstępujące; zmiany drobnowidzowe—jak w poprzednim przypadku, tylko umiejscowione wyżej, mianowicie około 4-go korzenia nerwowego, gdzie były także ogniska z nabrzmieniem cylindrów osiowych, przekrwieniem, nacieczeniem i t. zw. „Körnchenzellen“. Przypadek 3-ci. U 60-letniego mężczyzny z istniejącymi już uprzednio zaburzeniami psychicznymi, amnezyą, objawem ROBERTSON'a zjawiał się

również niedowład kończyn dolnych, który, przebiegając podobnie jak w przypadkach poprzednich, szybko zakończył się śmiercią. Zmiany pośmiertne polegały na *encephalitis ant. chr.* oraz *hydrocephalus chr.*; w rdzeniu znaleziono tylko znaczne zwężenie światła *a. spinalis ant.* na całym jej przebiegu skutkiem bujania jej błony wewnętrznej; zwężenie to było widocznie przyczyną osłabienia czynności części lędźwiowej rdzenia.

W ożywionej dyskusyi prof. BRODOWSKI wypowiada zdanie, że w przytoczonych przypadkach zmiany anatomiczne są wyrazem sprawy degeneracyjnej, zależnej od niedokrwienia miejscowego, skutkiem czego odpowiedniejszą dla nich nazwą byłaby *myelomalacia*, i widziałby raczej w nich pochodzenie przymiotowe, jakkolwiek nie może pogodzić tak szybkiego występowania objawów klinicznych z powolnym przebiegiem *endoarteriitidis obliterantis syphiliticae*.

Prof. KOSIŃSKI robi uwagę, iż wobec tego, że w rdzeniu zmian prawie żadnych nie było, że sprawa w oponach także ograniczała się do niewielkiej przestrzeni, to czy to nacieczenie było o tyle znaczne, żeby można było znalezione zmiany objaśnić drogą ucisku tem więcej, że nawet zupełne zamknięcie światła *a. spinalis ant.* nie mogłoby wywołać tak doniosłych objawów klinicznych, gdyż nie jest ona jedyną tętnicą, rdzeń odżywiającą, kol. KAMOCKI zaś przypomina analogicznie zjawiające się napady ślepoty przy zmianach w naczyniach siatkówki. Kol. RYCHLIŃSKI zgadzając się z prelegentem, iż są przypadki, w których, mimo ciężkich objawów klinicznych, zmiany pośmiertne ograniczają się do zmian nieznacznych w komórkach, przytacza na poparcie tego dwa spostrzeżenia ze swego oddziału w szpitalu Św. Jana Bożego. 1) U 50-letniego alkoholika rozwinęło się szybko porażenie kończyn dolnych, następnie wystąpiło bredzenie z omamami; w szpitalu znaleziono powiększenie wątroby, plamy na całym ciele, porażenie kończyn dolnych, zaburzenia w czynności pęcherza i odbytnicy, odleżyny; przy stanie bezgorączkowym nastąpiła śmierć. Badanie zwłok wykazało tylko rozrost neuroglii i zwyrodnienie barwnikowe. 2) Przebieg drugiego przypadku był analogiczny; badanie przedmiotowe nie wykryło nic więcej nad zmniejszenie ilości hemoglobiny i nieznaczną leukocytozę. Zmiany pośmiertne ograniczały się do zwyrodnienia komórek z rozrostem neuroglii. Moment przyczynowy w tych przypadkach mówca widzi w przewlekłym zatruciu wysokiem.

Kol. GAJKIEWICZ wyraża zdanie, że przypadki BIERNACKIEGO należałoby nazywać właściwie wprost *endoarteriitis* z następstwami w rdzeniu. W przypadkach, w których przebiegowi klinicznemu nie odpowiadają zmiany pośmiertne, dużą rolę odgrywać może obrzęk. Zmiany w komórkach (*chromatolysis*) znajdowano także w ostatnich czasach (NINI, MARINESCO) przy tężcu, wściekliznie, i t. p.

Kol. RYCHLIŃSKI uzupełnia poprzednio przytoczone przez siebie szczegóły o zmianach w komórkach, dodając, że spostrzegał nadto wakuolizację jąder. Co do obrzęku, o którym mówi kol. GAJKIEWICZ, to ten, zdaniem kol. RYCHLIŃSKIEGO, pozostawiłby dające się i po śmierci stwierdzić zmiany, mianowicie rozepchnięcie włókien nerwowych, a nawet—być może—częściowe ich rozpuszczenie.

Kol. KRYSIŃSKI nie zgadza się z prelegentem co do możliwości powiązania przyczynowego spostrzeganych przezeń danych anatomicznych z przebiegiem klinicznym, bo np. *endoarteriitis* w *a. spinalis ant.* nie pociągnęła za sobą nawet zupełnego zamknięcia światła, a tymczasem czynność mleczka ustała niemal od razu (porażenie pęcherza i kiszek); przytem natężenie zmian anatomicznych było niejednakowe, objawy zaś kliniczne były też same. Dla tego też mówca, na równi z kol. RYCHLIŃSKIM, jest zdania, że głównym czynnikiem było tu zatrucie, lubo zmian przez nie wywołanych nie jesteśmy w stanie metodami dotychczasowymi wykryć.

Kol. TRZCIŃSKI skłaniałby się do objaśnienia przypadków prelegenta zakażeniem przymiotowem i przytacza parę spostrzeżeń analogicznych, kol. CIĄGLIŃSKI zaś przychyła się raczej do zdania wygłoszonego przez kol. KRYSIŃSKIEGO, dodając, że objawy ze strony dolnej części rdzenia u chorych kol. BIERNACKIEGO mogły za-
leżeć od tego, że część ta stanowiła *locum minoris resistentiae*.

Kol. BREGMAN wreszcie wyróżnia trzeci przypadek od dwóch pierwszych, w których zamknięcie światła naczyń rzeczywiście mogło dać obraz poprzecznego cierpienia mlecza, w trzecim zaś *a. spinalis ant.* nie całe światło miała zamknięte.

Zjazd syfilidologów w Petersburgu.

Z urzędowych sprawozdań ułożył J. Majkowski.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 10).

6. O naukowem przygotowaniu personelu lekarskiego.

1) Niedostateczne urządzenie lub zupełny brak klinik chorób wenerycznych i skórnych w uniwersytetach rosyjskich utrudnia w wysokim stopniu studia tych przedmiotów.

2) Dla tego usunięcie braków powyższych jest niezbędne i niecierpiące zwłoki.

3) Przy ukończeniu kursu medycyny powinien obowiązywać tak teoretyczny jak i praktyczny egzamin z syfilidologii i dermatologii.

4) Przy Instytucie klinicznym W. Ks. Heleny Pawłówny należy urządzić klinikę chorób wenerycznych i skórnych.

5) W wielkich miastach należy urządzić lub powiększyć szpitale specyalne i uprzystępnic je dla praktycznych zajęć lekarskich.

6) Do kursów dla felczerów, felczerek i akuszerok wprowadzić obowiązkowe zajęcia w specyalnych oddziałach szpitalnych.

7) Byłoby do życzenia, aby przy większych ogólnych szpitalach były ustanowione posady konsultantów—syfilidologów.

8) Również byłoby bardzo do życzenia, aby instytucje wysyłały peryodycznie i na własny koszt podwładnych im lekarzy do ognisk naukowych i uniwersyteckich w celu dalszego kształcenia się, a w szczególności w zakresie chorób wenerycznych i skórnych.

7. Statystyka.

a) Nomenklatura.

Przymiot dzieli się na dwie główne grupy: przymiot nabyty (*syph. acquisita*) i przymiot dziedziczny (*s. hereditaria*). Przymiot nabyty rozpada się na następujące trzy okresy:

I. Okres zjawisk pierwotnych (*s. primaria*) do którego należą wszystkie postacie pierwotnego stwardnienia, jako to: *sclerosis, erosio, ulcus induratum*, owrzodzenie mieszane (*ulcus mixtum, ulcus vaccinosyphilitic.*) i zajęcie sąsiednich naczyń i gruczołów chłonnych (*lymphangoitis, lymphadenitis*).

II. Okres objawów wtórnych czyli lepieżowych (*syph. secundaria s. condylomatosa*) który ma 2 poddziały:

a) Okres objawów drugorzędnych czyli lepieżowych wczesnych (*s. secundaria s. condylomatosa recens*), do którego należą: pozostałości po zjawiskach pierwotnych, obrzmienie wielu gruczołów (*polyadenitis*), małokrwistość przymiotowa (*chloranaemia syph.*), gorączka wysypkowa (*febris syph.*

eruptiva), wykwity skórne i błon śluzowych plamiste (*s. erythematosa s. roseola syph.*), guziczkowe czyli grudkowe (*s. papulosa*) i krostowe (*s. pustulosa*).

b) Okres objawów drugorzędnych czyli lepieżowych powrotnych (*syph. secundaria s. condylomatosa recidiva*). Tu należą: powrotne wykwity skóry i błon śluzowych plamiste (*roseola*), guziczkowe suche lub wilgotne, bujające, owrzodzone (*s. papul. squamosa, maddidans, luxurians, ulcerans*), krostowe, z owrzodzeniami następczemi, (*s. pustul., pustul.-ulceros.*) dalej — wykwity barwnikowe (*leucoderma syph.*), utrata włosów (*alopecia syph.*), zajęcia paznokci (*onychchia et paronychia*), zajęcia mięśni, stawów i kości okresu wtórnego (*myositis interstitialis, tendo-vaginitis, periostitis, otitis, perichondritis, chondritis et arthropathia syph.*), zajęcia oka i ucha okresu lepieżowego, zajęcia narządów wewnętrznych przy jednoczesnych wykwitach skórnych lub błon śluzowych wtórnego okresu, a także i zajęcia sznurka nasiennego, przyjądrza i jądra (*funiculitis, epididymitis et orchitis syphil. interstitialis*).

III. Okres objawów trzeciorzędnych czyli guzkowych (miękkczakowych) (*syph. tertiaria s. gummosa*). Tu należą: guzkowe zajęcia skóry i błon śluzowych, tkanki podskórnej, mięśni i ścięgien, okostnej, kości, chrząstek i stawów (*periostitis, otitis, osteomyelitis, perichondritis, chondritis et arthritis gummosa*), dalej guzkowe (miękkczakowe) zajęcia narządów wewnętrznych, jako to: jamy ust, gardła, przełyku, żołądka, kiszki, trzustki, wątroby i otrzewnej, krtani, tchawicy, oskrzeli, płuc i opłucnej, serca i naczyń krwionośnych, śledziony i gruczołu tarczowego, mózgu, rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych, nerek, pęcherza i cewki moczowej, jąder, jajników, trąbek FALOPUSZ'a, macicy i pochwy, a także zajęcia narządu wzrokowego, słuchowego i węchowego.

NB. Przypadki, w których jednocześnie bywają spostrzegane objawy guziczkowe (lepieżowe) i guzkowe (miękkczakowe) należy pomieszczać w okresie drugorzędnym.

Przymiot dziedziczny (*s. heredit.*) należałoby mieścić w oddzielnej grupie i rozróżniać: postać wczesną, występującą w 1 lub 2 roku i późną (*syph. heredit. tarda*) a także okres 2 i 3-rzędny — stosownie do objawów.

Byłoby do życzenia, aby wady rozwojowe powstające niekiedy na gruncie przymiotowym były grupowane oddzielnie. Tu wypada zaliczyć: a) niedorozwoje ogólne — infantyizm, idyotyzm, osłabienie umysłowe i moralne i b) niedorozwoje częściowe, jako to: paznokci, włosów, nieprawidłowy rozwój kości, wilcza paszcza, wargi zajęcza, niesymetryczność czaszki, mała głowa, wodogłowie, zanik jąder, nieprawidłowy rozwój zębów (zęby HUTCHINSON'a), muszli usznej, głuchota wrodzona.

Wreszcie byłoby bardzo pożądane pomieszczenie w oddzielnej grupie tak zw. chorób parasyfilitycznych, których głównymi przedstawicielami są: bezwład postępujący i wład rdzenia.

Szan kier miękki (*ulcus molle*) i jego poddziały i powikłania: a) wrzód zgorzeliowy (*ulc. gangraen.*), b) wrzód wyżerający (*ulc. phagadaenic.*), c) stulejka (*phimosis*), d) załupek (*paraphimosis*), e) zajęcie naczyń i gruczołów chłonnych (*lymphangoitis et lymphadenitis*).

Rzeżączka (*blenorhoea*). Rzeżączka cewki (*urethritis blenorrhoica*), rzeżączka sromu (*vulvitis blenor.*), pochwy (*vaginit. blenor*) i wnętrza macicy (*endometritis blenorrhoica*).

Powikłania rzeżączki: zapalenie napletka (*balanitis*), zapalenie napletka i żołądki (*balano-posthitis*), zapalenie gruczołów napletka i zewnętrznej ściany cewki moczowej (*folliculitis praeputialis et paraurethralis*), stulejka (*phimosis*), załupek (*pa-*

raphimosis), ropień okołocewkowy (*absces. periurethralis*), zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych (*lymphangoitis et lymphadenitis*), zapalenie gruczołów COWPER'a (*cowperitis*), zapalenie gruczołu krokowego (*prostatitis*), zapalenie sznurka nasiennej, przyjądrza i jądra (*funiculitis, epididymitis et orchitis*), zapalenie pęcherzyków nasennych (*spermato-cystitis*), zapalenie pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych i nerek (*cystitis, pyelitis et nephritis*), zwężenie przewodu cewkowego (*strictura urethrae*), zapalenie gruczołu BARTOLINI'ego (*bartholinitis*), zapalenie trąbek FALLOPIUSZ'a (*salpingitis*), zapalenie jajnika (*oophoritis*), zapalenie tkanki okoł- i obokmacicznej (*peri- et parametritis*), zapalenie stawów (*arthritis blenorrhoica*), zapalenie wsierdza (*endocarditis blenorrh.*), zapalenie łącznicy (*ophthalmia blenorrhoica*), łepieże stożkowate (*papillomata s. condylomata acuminata*).

b) Rejestracja przymiotu i chorób wenerycznych.

1) Powszechna rejestracja chorób zapomocą jednostajnego systemu kartkowego jest niezbędna.

2) Kartki powinny być ogólne t. j. jedne dla wszystkich rodzajów chorób — z dodaniem pewnych dopełniających punktów dla syfilityków.

3) Na kartkach zapisują się nie tylko szpitalni, lecz i inni chorzy.

4) Powtórne konsultacje chorych zapisują się na kartkach jako takie, bez względu na przeciąg czasu pomiędzy 1-szą a 2-gą konsultacją.

5) Celem prawidłowego opracowania materiału kartkowego należy urządzić w każdej gubernii centralne biuro lekarsko-statystyczne. Zarządy miast stołecznych, gubernialnych i większych powinny mieć własne biura statystyczno-lekarskie.

6) Byłoby pożądane, aby i lekarze wolnopraktykujący rejestrowali swoich chorych podług systemu kartkowego, zachowując przytem wszelkie ostrożności, co do niezdradzenia tajemnicy choroby.

7) Lekarze będą nadal obowiązani przysyłać swoje kartki statystyczne do centralnych biur statystycznych, gubernialnych, ziemskich lub miejskich, a tam, gdzie niema zarządów ziemskich — do biur administracyjnych, statystyczno-lekarskich.

8) Wskutek powyższej zmiany przysyłanie sprawozdań do władz administracyjnych obecnie obowiązujące lekarzy zostanie zniesione.

9) Wypracowanie i ujednolinitenie ogólnej nomenklatury chorób należy poruczyć oddzielnej komisji złożonej z lekarzy — przedstawicieli medycyny społecznej. Projekt wypracowany przez komisję powinien być następnie poddany opinii wydziałów lekarskich, towarzystw naukowych i zjazdów lekarskich.

10) Ogólne wskazówki, co do zapełniania pojedynczych rubryk na kartkach, mają być wydrukowane na odwrotnej stronie kartki.

11) Pożądane by było, aby materiał statystyczny, odnoszący się do choroby przymiotowej — po opracowaniu go w miejscowych biurach statystyczno-lekarskich — został następnie przesłany do centralnych biur statystyczno-lekarskich dla rozpatrzenia i wyprowadzenia ogólnych wniosków.

12) Przyjmując za zasadę, że kartka ogólna powinna w sobie mieścić tylko niezbędne — że tak powiem — minimalne wiadomości o chorobie, należy jednak zgodzić się na możliwość dopełniania jej wszelkimi uzupełniającymi danymi, a szczególnie odnoszącymi się do warunków miejscowych.

13) Projekt kartki, wypracowany przez zjazd, powinien obowiązywać wszędzie zakłady lecznicze.

14) Kartka powinna w sobie mieścić następujące wiadomości:

A.

Wzór Nr. 1.

Chory ambulansowy, stały, w mieszkaniu, przypadkowy.

Płeć i wiek.

Płeć i wiek.

M.

K.

Miejsce zarejestrowania

189 r.

m.

d.

Imię, imię ojca i nazwisko

Pierwsza konsultacja

Następna konsultacja

Miejsce stałego zamieszkania: miasto wieś powiat gubernia

Rodzaj zajęcia: gospodarz rolny, robotnik rolny, robotnik fabryczny, rzemieślnik, handlujący, uczeń

Narodowość: rosyjanin, Niemiec, Żyd, Tatar

Stan cywilny: { kawaler, żonaty, wdowiec,
 panna, zamężna, wdowa,

Choroba:

Imię i nazwisko gospodarza lub głowy rodziny

Przymiot pierwotny, lepiężowy, wczesny, powrotny, miękczakowy

Umiejscowienie objawu pierwotnego

Rodzaj zarażenia: płciowe, dziedziczne, przez karmienie piersią, szczepienie ospy,

Zetknięcie mieszkaniowe, niewiadomy

Czas i miejsce zarażenia

Podpis lekarza

Powiat

15) Wszystkie biura lekarsko-statystyczne są obowiązane ułożyć ogólne sprawozdanie roczne z materiału kartkowego a także i specjalne, dotyczące przymiotu, podług następującego wzoru: (Patrz str. 305).

16) Za rok sprawozdawczy należy uważać rok cywilny, t. j. od dnia 1 stycznia do dnia 1 stycznia roku następnego.

17) Celem wykazania stopnia rozszerzenia się przymiotu wśród ludności i określenia charakteru choroby okaże się bardzo pożyteczne zapisywanie i grupowanie odnośnych chorych według rodzin i domów.

8. Dopełniające postanowienia połączonych oddziałów: fabrycznego, rolnego, i górniczego.

1) Z powodu wadliwego dotąd zbierania danych statystycznych a w niektórych miejscach zupełnego ich braku bardzo trudno jest oznaczyć cyfrę ludności fabrycznej, rolnej i przemysłowo-rolnej, t. j. przemysłu torfowego i leśnego. Jeszcze gorzej stoi sprawa rejestrowania chorych — a zwłaszcza syfilityków — w tej kategorii ludności.

2) Urządzenia zdrowotno-lekarskie w fabrykach, wielkich ekonomicach i przedsiębiorstwach rolnych nie powinny zależeć od właścicieli i przedsiębiorców, lecz od miejscowych zarządów społecznych lub państwowych, mających pieczę nad zdrowiem publicznem i

3) w tym celu powyższy naturalny obowiązek właścicieli powinien być zamieniony na powinność pieniężną.

4) Zaprowadzenie powszechnego ubezpieczenia robotników na przypadek choroby jest konieczne.

5) Pożądane jest powiększenie liczby lekarzy przy inspekcjach fabrycznych oraz terminowe ogłaszanie sprawozdań przez inspektorów fabrycznych.

Wiadomości ogólnie obowiązujące.

Wiadomości pożądane.

Gubernia		
Powiat		
Miasto		
Okręg		
Przymiot pierwot. (tłc <i>indurata</i> .)		
Przymiot łepież. { wczesny powrotny nieznaczony		
Przymiot nlekkczak. (s. <i>gummi</i> .)		
Przymiot bez oznaczenia okresu		
W tej liście:		
Zarażenia płciowe		
Dziedziczne		
Zarażenia pozapłciowe		
Droga zarażenia niewiadoma . .		
Szanek. mlekki i jego powikłania .		
Rzeżączka i jej powikłania . . .		
	Mężczyzn.	
	Kobiet.	
	Razem.	
	Od 0 roku.	
	Od 1 roku.	
	Od 5 lat.	
	Od 10 lat.	
	Od 15 lat.	
	Od 20 lat.	
	Od 30 lat.	
	Od 40 lat.	
	Wyżej 50.	
	Nie oznaczono.	
	Kawalerowie i panny.	
	Zonacl, zamężne.	
	Owdowiali.	
	Nie oznaczono.	
	Styczeń.	
	Luty.	
	Marzec.	
	Kwiecień.	
	Maj.	
	Czerwiec.	
	Lipiec.	
	Sierpień.	
	Wrzesień.	
	Październik.	
	Listopad.	
	Grudzień.	
	Nie oznaczono.	
	Swojego powiatu.	
	Innych pow. tejże guber.	
	Innych gubernii.	
	Nie oznaczono.	
	Narodowość.	
	Narodowość.	
	Nie oznaczono.	
	Gospodarze rolni.	
	Robotnicy rolni.	
	Robotnicy fabryczni.	
	Rzemieślnicy.	
	Uczniowie.	
	Handlujący.	
	Innych zajęć.	
	Nie oznaczono.	
	Liczba powtórn. konsult.	

Byłoby d o życzenia: rozdzielić każdą rybrykę na mężczyzn i kobiety, ułożyć na podstawie kartek różnego rodzaju kombinacye, np. ugrupowanie każdego wieku według miesięcy, ugrupowanie zajęć podług wieku i t. p. Wyszczególnienie sposobów zarażenia i umiejscowienie zmian chorobowych, powinno być zamieszczone w oddzielnych wykazach.

9. Środki zapobiegające rozszerzaniu przymiotu wśród mieszkańców miast i wsi przez dzieci opuszczone i oddane na wykarmienie.

1) Z powodu stałego przepełnienia dziś istniejących domów wychowawczych i niedostatecznej ich liczby 9,000 nieprawych i prawych dzieci bywa corocznie nieprzyjętych do powyższych zakładów i wskutek tego rozprasza się z musu pomiędzy ludność miejską i wiejską. Że zaś pomiędzy owemi 9 tysiącami opuszczonych dzieci znajduje się znaczny procent dotkniętych przymiotem wrodzonym, to jakże obfite powstaje stąd źródło zarazy przymiotowej! Dla zapobieżenia temu niezbędna jest decentralizacja i powiększenie domów wychowawczych przez urządzenie nowych — i to w wielu miejscowościach.

2) Oprócz tego celem zmniejszenia zbytniego napływu dzieci opuszczonych do domów wychowawczych należałoby z funduszków dobroczynnych udzielać wsparć pieniężnych tym matkom, które przy takiej pomocy chciałyby wychowywać swe dzieci w domu (*séjour à domicile*), jak równie zachęcać matki do karmienia piersią dzieci własne, pomieszczone w zakładach wychowawczych.

3) Wszelkie formalności i opłaty przy umieszczaniu dzieci tak prawych jak i nieprawych w domach wychowawczych powinny być zniesione.

4) Dla zapobieżenia zarażeniu przymiotem kobiet karmiących przez ssawców i odwrotnie może być dozwolone w domach wychowawczych karmienie sztuczne — *resp.* mlekiem kobiecym — nie krócej, jak przez pierwsze 6 tygodni wszystkich tych dzieci, które przez własne matki nie mogą być piersią karmione. Jeżeli po upływie 6 tygodni nie wystąpi u dziecka żaden objaw przymiotowy, to może być ono oddane do karmienia zdrowej mamce, która dziecko własne straciła.

Sprawa sztucznego karmienia tak ważna nietylko z powodu wielkiej śmiertelności sztucznie karmionych dzieci zwłaszcza po wsiach, lecz i dla skutecznej walki z przymiotem, zasługuje na dalsze badanie i opracowanie.

5) Dzieci przyniesione do domu wychowawczego powinny być przede wszystkim poddane doświadczonemu badaniu lekarskiemu w oddziale przyjęć i segregacji. Dzieci chore—zwłaszcza na przymiot—powinny być oddzielone.

6) Dzieci chore na przymiot powinny być karmione przez mamki dotknięte tąż chorobą i o takie zakład usilnie starać się powinien. W razie braku mamek dotkniętych przymiotem pozostaje jedynie sztuczne karmienie.

7) Domy wychowawcze — tak centralne jak i obwodowe—powinny rozmiarami swymi odpowiadać potrzebom miejscowym i być dostatecznie zaopatrzone w służbę lekarską i administracyjną.

8) Przemysł wychowywania i karmienia dzieci opuszczonych po wsiach powinien znajdować się pod kontrolą miejscowej służby lekarskiej. Nadzór zdrowotno-lekarski nad wychowancami domów wychowawczych oddanymi na wieś najwłaściwiej byłoby poruczyć lekarzom ziemskim.

9) Odpowiednia organizacja przytułków dla mamek jest ważnym punktem w sprawie zapobiegania przymiotu. Obecnie obowiązujące „Prawidła dla przytułków dla mamek, tudzież dla karmienia i wychowywania ssawców“ są pod względem zapobiegania przymiotowi niedostateczne. Tak np. w terażniejszych przytułkach dla mamek ssawcy często odgrywają rolę żywych maszynek do odciągania pokarmu, co stanowi poważne źródło zarażania przymiotem.

Dla prawidłowego nadzoru lekarskiego nad przytułkami dla mamek niezbędne jest oddzielenie tych ost a nich od przytułków dla dzieci.

Zapobiegając zarażeniu przez mamkę rodziny najmującego ją, należy i tę ostatnią ochronić od zarażenia przez ssawca i w tym celu przytułki dla mamek powinny wymagać świadectwa od wynajmującego o stanie zdrowia dziecka.

Byłoby bardzo pożądane, aby zarządy miast urządzały przy istniejących przytułkach dla rodzających wzorowe przytułki i kantory najmu mamek, a to celem wytworzenia konkurencji prywatnym tego rodzaju przedsiębiorstwom, które obecnie materyalne tylko zyski mają na celu.

Regulamin dla przytułków dla mamek i wogóle dla przemysłu wychowywania i karmienia dzieci powinien obmyślić środki utrzymania i zabezpieczyć los dzieci wynajmujących się mamek.

10) Domy wychowawcze, prywatne przytułki dla mamek, przytułki dla dzieci i t. p. powinny być zobowiązane do składania sprawozdań o swojej działalności, jak również statystycznych danych o przymocie mamek i dzieci według jednostajnego, jasno określonego wzoru, który należy opracować.

11) Lekarze wszystkich zakładów wychowawczych powinni być gruntownie obeznani z chorobami wenerycznymi i ich leczeniem.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BANDLER spostrzegł ostry zanik wątroby (*atrophia hepatis ac. flava*) u osobnika zupełnie zdrowego po zużyciu podczas operacji 80,0 chloroformu. Wskutek wyłączenia wszelkich innych momentów etyologicznych autor wnioskuje, że choroba powstała jedynie dzięki chloroformowi. Chcąc się przekonać doświadczalnie o słuszności swego wniosku, B. chloroformował psy i króliki i następnie badał zmiany jakiegokolwiek w wątrobie, a radzi natomiast stosować wówczas eteryzację. (Mittheil. aus d. Grenzg. d. med. u. Chir. B. I. 1896).

= OSTANKOW stosował w klinice BECHTEREW'a *cerium oxalicum* przeciw *crises gastriques* u chorych na wiał rdzenia. Dawka 0,05—0,15 trzy razy dziennie. Wyniki otrzymał O. nader zachęcające. (Wien. med. Presse Nr. 42. 1896).

= GARZIA stosował z dobrym wynikiem laktofeninę przeciw grypie. Dawka 0,5—1,0 trzy razy dziennie działa bardzo dobrze na wszystkie objawy chorobowe i skracają znacznie. (Gaz. degli Osped. e d. clin. Nr. 76. 1896).

= W sprawie wpływu chininy na skurcze macicy podczas porodu zdania się różnią: jedni twierdzą, że chinina zdolna jest wywołać skurcze, lub też

wzmocnić je, gdy są słabe, drudzy odmawiają jej wszelkiego wpływu, trzeci wreszcie sądzą, że wzmacnia ona słabe skurcze oraz wywołuje je, gdy znikają, nigdy zaś sama przez się wywołać skurczu nie może. Tegoż zdania jest SCHWAB; zaleca on stosowanie chininy w podobnych przypadkach, działa ona bowiem skutecznie i jest zupełnie nieszkodliwa dla płodu, które to zalety sporysz nie posiada. (La Revue méd. 20. I. 1897).

= Przy podejrzeniu istnienia w macicy nowotworów złośliwych bada się jamę maciczną palcem po uprzednim rozszerzeniu szyi, lub też stosuje się próbne wyskrobanie jamy. Ostatni zabieg jest zdaniem GESSNER'a bezpieczniejszy, daje się łatwiej dokonać bez uśpienia chorej, a wynik daje nierównie lepszy, niż badanie palcem; należy tylko zawsze zbadać pod drobnowidzem wszystkie wydalone z macicy strzępy tkanek. W przeciągu ostatnich pięciu lat rozpoznano w ten sposób w klinice berlińskiej 37 przypadków raka. (Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 34. H. 3).

= Prof. ENGEL zwraca uwagę na wpływ grypy na narządy płciowe kobiece. Miesiączkowanie podczas choroby bywa obfitsze i trwa dłużej; często miesiączka występuje o 6—7 dni przed czasem, niekiedy występują upławy białe. W przypadkach ostrego lub przewlekłego nieżyty błony śluzowej macicy objawy chorobowe występują wyraźniej. Grypa wpływa również źle na przebieg ciąży, gdyż częściej, niż przy

innych chorobach gorączkowych następują poronienia lub przedwczesne porody bez względu na to, czy przebieg choroby był ciężki, czy lekki; przedwczesne porody następują podczas lub natychmiast po chorobie, poronienia zaś w kilka tygodni później. Porody we właściwym czasie odznaczają się bolesnością i słabością bólów porodowych i trwają dłużej. Jeżeli choroba występuje w połogu, czyni ona wrażenie gorączki połogowej. Wydzielanie się mleka również znacznie się zmniejsza. (Wien. med. Presse Nr. 43 i 44. 1896).

— BONHOFF przerobił szereg doświadczeń w celu przekonania się o możliwości zarażania się nosacizną przez zastrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej, pochodzącej od chorego na nosaciznę konia, i doszedł do wniosków następujących: 1) surowica krwi koni chorych,

zastrzykiwana podskórnie lub do otrzewnej zwierząt wrażliwych na nosaciznę, nie powoduje choroby; 2) dodanie do surowicy uodpornionych przeciwko błonicy koni 0,5% roztworu kwasu karbolowego wpływa na znajdujące się w surowicy bardzo żywotne laseczники nosacizny w ten sposób, że po 2—4-ch godzinach nie można ich następnie wyhodować na pożywkach sztucznych; 3) przebywanie laseczników nosacizny przez 24 godziny w surowicy przeciwbłoniczej, zawierającej 0,5% fenolu, odbiera im możność wywoływania nosacizny u świnek morskich. Wobec tego, że surowica przeciwbłonicza zostaje oddana do użytku dopiero w tydzień po dodaniu do niej kwasu karbolowego, niema możliwości przeniesienia za jej pośrednictwem zarazka nosacizny. (Berl. klin. Woch. Nr. 5. 1897). *M. B.*

Wiadomości bieżące.

— Koledzy ENDELMAN, JANCZEWSKI, MONSIORSKI i WAWELBERG otworzyli w istniejącym przy ulicy Próżnej pod № 3 Domu Zdrowia bezpłatną poliklinikę akuszerską.

— Prof. BUJWID w Krakowie otrzymał zarzek dżumy, pochodzący ze świeżego przypadku w Bombaju.

— W Nowym Jorku utworzono posady inspektorów lekarskich nadszkołami publicznymi i prywatnymi w celu zmniejszenia przypadków zarażania się choro-

bami zakaźnymi. Codziennie wszystkie dzieci winny być obejrzone a w każdym przypadku nieobecności ucznia lub uczennicy wskutek choroby, musi być ściśle określony jej rodzaj. Dotychczas utworzono 150 posad z pensją 300 dolarów rocznie.

— Szóste zebranie Niemieckiego Otolologicznego Towarzystwa odbędzie się w roku bieżącym 4 i 5 czerwca w Dreźnie.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Jana BACEWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polskich, wyznania chrześcijańskiego, a w braku ich po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczone wsparcie, winna być przedstawiona Komitetowi przez jednego z jego członków z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów lekarskich przy Rządach gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający Kasą Wsparcia,
Fr. Śliwicki.

APTEKA.

E. GESSNERAAleja Jerozolimska 27 róg Kruczej
w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigułek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi	0,03	
" " "	0,05	
" " "	0,05 c. acid. arsenicos	0,001
" kreosoti Fagi	0,10	
" " "	0,10 c. acid. arsenicos	0,001
" kreosoti Fagi	0,15	
" " "	c. balsam. tolutan	0,05
" caid. arsenicos	0,001	
" aloes	0,10	
" balsam. peruviani	0,05	
" " "	0,05 c. acid. arsen.	0,001
" chinini ferro-citrici	0,05	
" " muriatici	0,05	
" " sulfurici	0,05	
" extr. cascar. sagrad. fluid.	0,5	
" " hydrast. canadens. fluid.	0,5	
" " rhei comp.	0,05	
" " rhei simpl.	0,05	
" " Valerianae spir.	0,10	
1) Dragées ferri albuminati	0,05	
" " carbonici-Blaudii minor	aa 10,00 =	100
" " " Blaudii major	aa 15,00 =	100
" " " Valletti		
" " dialisati peptonati	0,05	
" " lactici	0,05	
" " oxyd. Kirchmani (Eis. magn. pill.		
" guajacoli	0,05	
" " 0,05 c. acid. arsenicos	0,001	
" " 0,05 c. extr. belladonnae	0,01	
" ichtyoli	0,05	
" jodoformii	0,05	
" " 0,05 c. acid. arsenic.	0,001	
" " 0,5 c. morph. muriat.	0,004	
" pepsini	0,05 (c. acid. muriat.)	
" picis	0,05	
" Kreosoti Carbonici	0,05	
" Guajacoli Carbonici	0,05	
" Glaudii minor. c. acid. arsenic.	0,001	
" Camphor. bromat	0,05	
" Guajacol 0,05 c. extr. belladon	0,001	
" " 0,10 c. codaini	0,10	
" jodoformii	0,05 c. acid. arsenic.	0,001
" " c. extr. belladon	0,001	
" hydrastinini hydrochlorici	0,025	

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

PASTYLKI VICHY-ETAT

Przygotowane ze soli naturalnej
wytworzonej z wód Vichy
Sprzedają się w pudełkach metalowych
opatrzonych pieczęcią.

Mace wytworzone ze soli
naturalnych z wód **VICHY**

Do przygotowania gazowej mineralnej
sztucznej wody Vichy.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składach fabrycznych

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 117 i Bielańska 5.

Zamówienia listowne są załatwiane

odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyć z leczeniem 3 od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-jej p.p.**NOWSZE DZIEŁA**

Staraniem i nakładem Wydawnictwa Dzieł Lek. Polskich

wyszły w Krakowie:

I. HYDROTERAPIA

przez Doc. D-ra St. Smoleńskiego

II wydanie powiększone cena 2 złr. 50.

2. GIMNASTYCZNE LECZENIE CHOROÓB NIEWIEŚCICH

przez D-ra Wł. Harajewicza, cena 40 ct.

Nabyć można we wszystkich księgarniach, oraz
w Administracji Wydawnictwa Kraków
Floriańska 13.

Dostać można we wszystkich aptekach.