

GAZETA LEKARSKA

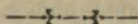
I. PRZYPADEK

PIERWOTNEGO DWUSTRONNEGO ROPNEGO ZAPALENIA NADNERCZA,

Podał

Władysław Janowski,

ordynator szpitala Dz. Jezus.



Dnia 4 marca r. b. [1898] przybyła na oddział chora Marya Rozalia Tr., lat 25, zamężna. Wywiady wykazały, że chora przechodziła w dzieciństwie ospę, tyfus i błonicę. Obecnie zachorowała nagle 3 tygodnie temu. Mianowicie, dostała nagle silnych dreszczy, które powtarzały się przez kilka dni, oraz gwałtownego bólu z tyłu pod prawymi żebrami. Ból ten trwa dotąd bez przerwy, jest ciągle gwałtowny i rozchodzi się po prawej połowie powierzchni tylnej i bocznej klatki piersiowej oraz w prawą kończynę górną. Nagłemu zachorowaniu towarzyszyły utrata łaknienia i wymioty, które powtórzyły się w ciągu pierwszego tygodnia 6 razy, w drugim ustąpiły, w obecnym zaś trzecim tygodniu powtórzyły się znowu kilka razy. W masach wymiotnych chora dostrzegła podobno kawałki skrzepłej krwi.

Badanie przedmiotowe wykazuje, co następuje: chora budowy i odżywiania miernego, ciężarna od 7-iu miesięcy. Skóra na twarzy i na całym ciele sucha, z żółtawym odcieniem, obrzękła na krzyżu. Łącznice bardzo lekko na kolor żółty zabarwione. Chora zimna, gdyż jest w stanie zapaści z powodu świeżo przebytej drogi do szpitala. Tętno miarowe, bardzo małe, 120. Oddech powierzchowny, 48. Skóra w dolnej części prawej połowy klatki piersiowej wydaje się obrzękniętą i jest nadzwyczaj bolesna, nawet przy lekkim dotknięciu, zarówno między żebrami, jak i nad samymi żebrami. To samo dotyczy skóry okolicy łędźwiowej prawej, w której widocznym jest nadto lekkie wypuklenie, w porównaniu ze stroną lewą. Bolesność ta jest tak silną, że chora nie może leżeć na prawym boku. Badanie płuc wykazuje znaczne osłabienie szmeru oddechowego w dolnej połowie prawego płuca. Dolna jego granica z przodu jest pod 4-em żebrzem. W lewym płucu badanie nic nienormalnego nie wykrywa. Granice serca normalne. Tętno serca czyste, ale pierwsze u wszystkich ujęć rażąco głuche. Brzuch umiarkowanie wzdęty. Wątroba

i śledziona niewyczuwalne. Mocz barwy bardzo ciemno-brunatnej, symulującej wybitne zabarwienie barwnikami żółciowymi. Ciężar właściwy jego 1022; odczyn kwaśny; białka, cukru, krwi ani śladów nawet barwników żółciowych wykryć w nim nie można. Przy próbie HELLER'a na białko tworzy się nad kwasem azotowym niezwykle wysokie, mocno ciemne kółko barwników moczowych. Osadu w moczu niema.

Wobec powyższych danych nasuwało mi się od razu na myśl rozpoznanie prawostronnego zapalenia ropnego tkanki okołonerkowej, które tłumaczyłoby wszystkie objawy, stwierdzone przedmiotowo, z wyjątkiem nadzwyczajnej bolesności dolnej części prawej połowy klatki piersiowej i podniesienia granicy prawego płuca z przodu do 4-ego żebra. Te ostatnie dwa objawy oraz podkreślony przez chorą silny ból w prawej kończynie górnej kazaly mi jednak wyłączyć uprzednio obecność płynu ropnego w prawej opłucnej, względnie ropień podprzeponowy. Wykonane natychmiast przekłucia próbne z tyłu i z przodu dały jednak wynik ujemny. Ale i przekłucie próbne okolicy prawej nerki z tyłu dało mi wynik ujemny.

Wobec tego i wobec pewnego stanu zapaści chorej dopiero co przybyłej na oddział, postanowiłem poczekać z ostatecznym zakwalifikowaniem chorej do pomocy chirurgicznej do dnia następnego. Zaleciłem więc chorej kamforę 0,06 trzy razy dziennie oraz z powodu nader gwałtownych bólów morfinę.

Nazajutrz 5. III. stan chorej był taki sam. Wieczoru poprzedniego dreszcze. Ciepłota 39,3°. Tętno bardzo małe 15). Tony serca bardzo głuche. Poprosiłem więc do chorej D-ra KRAJEWSKIEGO, który również rozpoznał głębokie ropienie w okolicy nerek i przystąpił natychmiast do wykonania operacji. Pomimo zrobionego przy tej ostatniej obszernego cięcia w okolicy łądźwiowej prawej, było bardzo trudno znaleźć ognisko ropne. W końcu znalazł je D-r KRAJEWSKI w okolicy górnej części nerki, między *capsula adiposa* i *fibrosa*. Ropa była bardzo cuchnąca, w ilości około 100 ctn. sześć.. Ropę wypuszczono i ranę wytamponowano. W kilkanaście godzin potem chora miała jeszcze wciąż gorączkę [39,8°], nad ranem zaś 6. III poroniła, a w godzinę potem zmarła.

Wykonane 7. III. przez prof. PRZEWOSKIEGO szczegółowe badanie posmiertne wykazało zmiany tylko w nadnerczach. Mianowicie, oba one uległy zropieniu, tak, że pozostały z nich tych otoczki, dość grube, wypełnione mocno cuchnącą żółto-zieloną ropą, pośród której pływały drobne, zmartwiałe, prawie czarne, przepojone posoką resztki nadnercza. Nerka lewa i tkanka okołonerkowa były zupełnie normalne, tak, że ów cuchnący ropień, który pozostał na miejscu lewego nadnercza, był zupełnie otorbiony wspomnianą otoczką dość grubą. Po stronie prawej zgrubiała otoczka przyrosła na przestrzeni około 1/4 dłoni do dolnej powierzchni wątroby. Zapalenie jednak na tę ostatnią jeszcze nie przeszło, jak to wykazało cięcie, zrobione przez część zropiałej i obumierającej otoczki ropnia oraz tę część wątroby, do której otoczka ta przyrosła. Przeciwnie, ku dołowi sprawa ropno-zgorzelinowa posuwała się od zropiałego nadnercza ku prawej nerce w ten sposób, że zropieniu uległa tkanka między otoczką tłuszczową nerki i włóknistą. Sama jednak otoczka włóknista nerki jeszcze ropieniu nie uległa. Owo nacieczenie ropne słabło w kierunku

od góry ku dołowi, tak, że tkanka dokoła dolnej połowy nerki z przodu była już normalna. Nacieczenie to szło oczywiście *per continuum* od nadnercza ku dołowi dokoła nerki. Jednakże otoczką dokoła ropnia, powstałego z nadnercza, nie była w dolnej swej powierzchni przedziurawiona ani przez samą sprawę chorobową, ani przez chirurga podczas operacji. W ten sposób ognisko nacieczenia ropnego dokoła przedniej powierzchni górnej połowy prawej nerki było oddzielone od zropiałego prawego nadnercza nieprzerwaną błoną, około $\frac{1}{2}$ mm. grubą, na obu swych powierzchniach ropiasto nacieczoną. Prawa nerka również, jak i lewa, widocznych zmian patologicznych, oprócz lekkiego zmętnienia mięszowego nie przedstawia. Dla ścisłości powtarzam, że w żadnym innym narządzie nie znaleziono nic nienormalnego. Macica wielkości główki dziecka, z zupełnie czystą powierzchnią wewnętrzną.

Ropy z obu ropni badaniu bakteryologicznemu z przyczyn ubocznych nie poddałem. W danym razie nie ma to jednak znaczenia, bo wykrycie w ropie tej lub innej bakterii bynajmniej sposobu powstania naszego przypadku by nie wyjaśniło. W danym razie szło o wyjaśnienie źródła, z kąd powstało ropienie w obu nadnerczach. A źródła tego badanie pośmiertne nie wykryło. Musimy więc uważać ropienie w obu nadnerczach w naszym przypadku za pierwotne. W tem tkwi główna osobliwość tego przypadku. O ile bowiem zdążyłem w literaturze się rozejrzeć, sprawy pierwotne ropne w nadnerczach należą do wielkich rzadkości. Przynajmniej NEUSSER ¹⁾ w swojej monografii o cierpieniach nadnercza wyraża się, że „w wyjątkowych przypadkach widywano jakoby pierwotne ropnie jednostronne lub dwustronne“ nadnercza.

Oprócz samego faktu niezwyklej rzadkości, przypadek ten zasługuje na uwagę jeszcze z kilku powodów. Najsamprzód tedy poucza on, że należy o możliwości podobnego przypadku pamiętać przy rozpoznawaniu *paranephritidis purulentae*, od której sprawy tej, zdaje się, odróżnić z zupełną pewnością nigdyby przed operacją nie można. Jednakże wielka trudność w odszukaniu dokoła nerki ogniska ropnego podczas operacji [jak to miało tu miejsce] powinna może na przyszłość skłaniać do pamiętania i o ropniu nadnercza. Być może, że niezwykle bolesność w całej dolnej części prawej połowy klatki piersiowej stała w związku z tak wysokiem umiejscowieniem ogniska ropnego ²⁾. Przynajmniej w innych przypadkach *paranephritidis* objaw ten nie rzucił mi się tak dotąd w oczy. W danym razie dotarcie do ogniska ropnego w prawem nadnerczu nie uchroniłoby chorej od śmierci, gdyż nawet ropnicę podtrzymałyby ognisko w drugim nadnerczu, o którym za życia chorej nie wiedzieliśmy. Jednakże w innych przypadkach, gdyby cierpiało tylko jedno

¹⁾ NEUSSER. Spec. Path. u. Therapie. Bd. XVIII. Theil III. Erkrankungen der Nebennieren. Str. 9.

²⁾ Słaby oddech w dolnej połowie prawego płuca zależał, jak tego dowodzi ujemny wynik badania pośmiertnego, od bolesności tej połowy klatki piersiowej, analogicznie do tego, co widuje się przy wszelkich urazach klatki piersiowej.

nadnercze, dotarcie do niego podczas operacji mogłoby chyba życie chorego ocalić. Nie mamy bowiem danych pewnych na to, by życie nie było możliwem przy zdrowem jednym tylko nadnerczu.

Ostatnia uwaga wysuwa naprzód jeszcze jedną stronę naszego przypadku. Jest mianowicie rzeczą pewną, że, wobec roli, jaką nadnercza grają w podtrzymaniu ciśnienia krwi na właściwej wysokości, człowiek bez obu nadnerczy żyćby nie mógł. Obustronne więc zniszczenie nadnerczy, z pozostawieniem z nich zaledwie paru zgorzelińowych kawałków tkanki gruczołowej, byłoby, według wszelkiego prawdopodobieństwa, powodem śmierci naszej chorej, nawet gdybyśmy wiedzieli o istnieniu ogniska ropnego i w drugim boku i dotarli do niego podczas operacji. Oprócz znanych danych doświadczalnych z teorii medycyny, skłania mnie do tego twierdzenia spostrzegane w danym przypadku nadzwyczaj małe, puste tętno i tak uderzająca głuchość pierwszych tonów serca, jakiej nigdy dotąd nie słyszałem, i która była istotnie rażąca. Skłonny więc jestem do przypuszczenia, że na powstanie tego objawu złożyło się nie tylko zatrucie ustroju chorej produktami życia bakterji, ale i zajęcie właśnie nadnerczy.

Oprócz wymienionej już kilka razy bolesności dolnej połowy klatki piersiowej i niezwyklej głuchości tonów serca, zasługuje też w naszym przypadku na zaznaczenie niezwykle silne, bardzo ciemno-brunatne, prawie czarne zabarwienie moczu, zależne tylko od wielkiej ilości barwników moczowych a może i hemoporfiryny. Za życia chorej objawu tego, też niezwyklego, nie rozumiałem. Obecnie sądzę, że, być może, i ten objaw stał w związku z ważnemi zaburzeniami w przemianie materji, na co zupełne prawie zniszczenie gruczołów nadnerkowych miało przecież wpływ pierwszorzędny. Inaczej niezwyklej barwy moczu w naszym przypadku objaśnić sobie nie mogę. Nadto przypuszczeniu temu nic nie przeczy, popiera je zaś, do pewnego stopnia, fakt, że notowano już raz uromelaninę w moczu przy chorobie Addison'a ³⁾.

Kto wie, może zwrócenie uwagi na jednoczesną obecność trzech zaznaczanych tu objawów pozwoliłoby w przyszłości rozpoznać, a przynajmniej przypuścić przed operacją sprawę ropną w nadnerczu, co mogłoby być przydatnem i przy samej operacji. Punkty te tylko zaznaczam. Przyszłe przypadki zdołają je zapewne wyjaśnić.

³⁾ NEUSSER. Ibidem. Str. 56.

II. O UTRACIE SŁUCHU POSTĘPUJĄCEJ.

[Odczyt, wypowiedziany w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem d. 15 marca 1898].

Napisał

D-r Teodor Heiman.

—*—*—
[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 13].

Oddzielną formę sklerozy stanowi skleroza starcza. Polega ona na zaniku błony śluzowej, sztywności, zrostach narządów, dźwięk przeprowadzających; sprawy te wywołane zostają zmianami zwyrodniającymi. Czy i tu błędnik współcierpi, jak sądzi GRADENIGO, dotąd nie dało się stwierdzić. Osłabienie przewodnictwa kostnego lub zupełny brak jego, charakterystyczne dla zajęcia błędnika w większości przypadków, należy w wieku podeszłym do zejść prawidłowych.

Przyczyny są wspólne grupom nieżytowym i sklerotycznym ucha środkowego; zdaje się jednakże, że pewne przyczyny wywołują tylko jedną lub drugą formę. Wszelako ściśle odgraniczenie ich jest często niemożliwe; albowiem jedne i te same przyczyny raz dają początek formom nieżytowym, innym razem sklerotycznym. Jestem zdania, że formy sklerotyczne rozwijają się wyłącznie prawie z przyczyn ogólnych, t. j. zależnych od całego ustroju; formy zaś nieżytowe są najczęściej następstwem działania przyczyn miejscowych, t. j. jamy nosogardzielowej i dróg oddechowych. Formy nieżytowe wywołać może każdy nieżyt ostry ucha środkowego często powtarzający się, przewlekły nieżyt jamy nosowej, z jakiego bądź źródła pochodzący, zanikowe zapalenie błony śluzowej nosa i jego muszel, wyrosłe adenoidalne zakrywające ujście gardzielowe trąbek EUSTACHIUSZA, nadużycie tytoniu i alkoholu, wilgoć, forsowne kuracye hydropatyczne zimne przy już istniejących nieżytach ucha środkowego i nagłe zmiany ciepłoty. Z chorób ogólnych: żoły, gruźlica i syfilis.

Do przyczyn sklerozy należy zaliczyć w pierwszym rzędzie dziedziczność. Jest to fakt znany, że przewlekłe upośledzenie słuchu przytrafia się u wielu członków jednej rodziny i kalectwo to przechodzi z pokolenia na pokolenie. Tu sklerozy najczęściej komplikują się jednoczesnem zajęciem błędnika [WALB]. Ponieważ wielu autorów niedostatecznie odróżnia formę nieżytową od sklerozy, nierzadko przeto czytamy, że dziedziczność i przy nieżytach uważaną jest za najczęstszy moment przyczynowy. Jako bardzo częstą przyczynę sklerozy uważam poród i ciążę. Porody, przy których nastąpiła obfita utrata krwi, szczególniejsz uspasabiają do sklerozy. Ztąd też, małokrwistość i błędnicza nierzadko wywołują sklerozę. Podług SCHWARTZE'go, może każdy rodzaj zapalenia jamy bębenkowej prowadzić do zeszywnienia okienek i do sklerozy. Niekiedy cholesteatomaty wywołują skostnienie okienek i sklerozę. Choroba BRIGHT'a, uwiąd, przewlekły gościec i dna, białaczka, cakra-

mocz, syfilis, praca nadmierna i alkoholizm mogą też dać początek pierwotnej formie sklerozy ucha.

Do przyczyn wspólnych obu grup chorobowych należy zaliczyć choroby zakaźne, ostre, jak: tyfus, szkarlatynę, dyfteryt, ospę, odrę i influencję; wszelako przyznać trzeba, że ostatnie wywołują częściej formę nieżytową, która dopiero w następstwie prowadzi do zmian degeneracyjnych.

Formy nieżytowe zdarzają się jednakowo u dzieci, jak u dorosłych; skleroza natomiast w wieku dojrzałym i starszym i przeważnie u kobiet [8 : 5 WEBER-LIEL]. Występujący w wieku młodocianym przewlekły nieżyt ucha środkowego, prowadzący do zmian anatomicznych, o których wyżej była wzmianka, najczęściej zależy od ogólnego złego odżywiania, wywołanego przez żolży, małokrwistość, jako też od zaniedbanych wyrosli adenoidalnych. W formach nieżytowych najczęściej ulegają cierpieniu jednocześnie oba narządy słuchowe, w formach sklerotycznych dość często zapada najprzód jedno ucho, a po krótszym lub dłuższym odstępie czasu—drugie. Być może, że i w formie sklerotycznej oba uszy jednocześnie zapadają, objawy jednak są w początkach tak mało uchwytnie dla chorych i lekarza, że zdaje się, jakoby tylko jedno ucho zachorowało.

Objawy dzielą się na subiektywne i obiektywne. Zajmiemy się wprzód objawami subiektywnymi, jako przedstawiającymi większy interes i łatwiej dostępnymi dla lekarza niespecjalisty.

Przy przewlekłym nieżycie ucha środkowego, dopóki trwa okres wysiękowy, słuch bywa upośledzony w stopniu rozmaitym, nadto zauważyć się dają szумы i ucisk w głowie.

Na jesień i w zimie, w czasie dni dżdżystych i wilgotnych słuch pogarsza się. Wzmoczenie się nieżyty jamy nosogardzielowej sprówdza też nagle pogorszenie. Słuch może nagle pogorszyć się po zastosowaniu *bouges*, przyczem chorzy doznają uczucia jakby się w uchu jakaś kłapa zamknęła.

Dzieci takie mają często słabą pamięć, niechęć do nauki, są umysłowo leniwe. Trzeba jednak przyznać, że tu prócz nieżyty usznego wielką rolę odgrywa zasadniczy nieżyt jamy nosowej oraz wyrosłe adenoidalne. Zawroty głowy napotykaemy przy tej formie chorobowej rzadko; wywołane one zostają najczęściej, gdy powietrze nagle wpada do jamy bębenkowej przy wycieraniu nosa, lub przy wpędzaniu powietrza sposobem POLITZER'a, lub za pomocą cewnika. W późniejszych okresach tego nieżyty chorzy narażeni są na częste nagle wahania słuchu; widzimy to szczególnie wtedy, gdy błona bębenkowa uległa znacznemu ścięczeniu. Pogorszenie najczęściej wywołanem zostaje przez lykanie, wyczyszczanie nosa, sztuczne wpędzanie powietrza, wszelako często już po kilkunastu minutach ustępuje; wystarcza tu ruch wdychowy przy zamkniętym nosie lub zgęszczenie powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym.

Objawy nie są stałe. Często bez widocznej przyczyny występują nagle pogorszenia słuchu, ażeby znowu ustąpić samowolnie lub po odpowiednim leczeniu. Szумы nie są tak częste, jak przy innych formach nieżytych, i często dają się zmniejszyć, albo nawet usunąć. Nie ustępowanie szumów,

pomimo że trąbka EUSTACHIUSZA jest drożną, dowodzi, że nieżyt przechodzi w następny okres, t. j. w przerostowy. Do objawów dość przykrych należy rezonancya głosu (*autophonia*), którą częściej spostrzegamy przy jednostronnych lekkich formach nieżytku. W wyjątkowych przypadkach nieżyty te spowodują napady epileptyczne [NOQUET].

Percepcya kostna dla zegarka i kamertonu jest zachowana, często wzmożona. POLITZER kładzie szczególny nacisk na utratę przewodnictwa kostnego w tych przypadkach, podług P. dowodzi to, że cierpienie przeszło na błędnik i jest pochodzenia syfilitycznego. Gdy cierpi jedno tylko ucho, chory słyszy w takim razie ton kamertonu dźwięczącego, postawionego na głowie nie po stronie ucha chorego, lecz zdrowego. Zejście tych nieżytków jest wogóle niepewne. Nawet jeśli udaje się wyleczyć taki nieżyt, błona śluzowa jamy bębenkowej pozostaje przez bardzo długi czas wrażliwą i najmniejsza szkodliwość już jest w stanie wywołać napowrót nieżyt. Te nawroty prowadzą w końcu do niewyleczalności choroby. Nieżyty nosogardzielowe odgrywają tu najważniejszą rolę i one głównie wpływają na pogorszenie się choroby usznej. Lubo te nieżyty ucha mają skłonność do przejścia w formy niewyleczalne przeważnie u osób dotkniętych dyatezami, nierzadko jednak złośliwe formy napotykają się u osób zupełnie zdrowych. Nieżyty pochodzenia syfilitycznego mają przebieg względnie pomyślny. Zdarza się także, że chorzy, cierpiący na nieżyty ucha środkowego, zostają zupełnie wyleczeni; u innych natomiast już z samego początku słuch zostaje znacznie nadwerżonym i sam przebieg choroby jest, że tak powiem, złośliwy.

Gdy choroba we wczesnych okresach przyjęła charakter przerostowy, t. j. gdy niema wcale wysięku w jamie bębenkowej, lub też gdy jest bardzo nieznaczny, objawy mogą być tak skąpe, że chorzy przez dłuższy czas mogą nie wiedzieć o swoim cierpieniu. Jeżeli choroba rozpoczyna się szumem, to objaw ten jeszcze najbardziej zwraca uwagę chorych, lecz, niestety, dość często go nie bywa. Uwagę chorych zwraca przedewszystkiem osłabienie słuchu; gdy ono jest nieznaczne, albo gdy cierpi jedno ucho, to zwykle pozostaje niedostrzeżonem lub też chorzy przypadkowo je odkrywają. W tej formie głuchota wszelako nigdy prawie nie dosięga tego stopnia, co przy prawdziwej sklerozie. Upośledzenie słuchu objawia się tu w rozmaity sposób. Często chory słyszy wszelkie szmery, kiedy tymczasem mowę, a głównie szept słyszy niewyraźnie i z trudnością; w innych przypadkach dzieje się odwrotnie. Dość znaczna liczba chorych słyszy lepiej szept, aniżeli głośną mowę. Wyrazy ze spółgłoskami syczącymi są daleko lepiej pojmowane, aniżeli gardłowe i wargowe, liczby—lepiej od wyrazów innych; rozmowa z pojedynczą osobą jest znośną, w towarzystwie kilku osób nie są w stanie pojąć zdań, a nawet pojedynczych wyrazów i w ogóle pojedyncze wyrazy pojmowane lepiej od całych zdań. Pojmują też lepiej, gdy są przygotowani do słuchania; przemówiwszy do nich zniemacka, często nie słyszą tych samych wyrazów na odległość daleko bliższą, aniżeli będąc przygotowany do rozmowy.

Wzruszenia psychiczne, praca nadmierna, czas przedperyodowy [1—4 dni] nagłe zmiany ciepłoty, deszcz, wiatr, wilgoć pogarszają słuch. Ciepła pogoda

polepsza go. W czystych przypadkach zachowane jest przewodnictwo kostne, w późniejszych okresach zostaje ono obniżone. W niektórych przypadkach, zwłaszcza w okresach późniejszych, przewodnictwo kostne dla kamertonu jest nader wzmożone i dla chorych jest wręcz nieprzyjemnym postawienie dzwiczącego kamertonu na głowie lub wyrostkach sutkowych. Doświadczenia RINNE'go jest zawsze ujemne, tony niskie brakują w przewodnictwie powietrznym. Gdy chore jest jedno ucho doświadczenie WEBER'a wypada dodatnio po stronie ucha chorego. Gdy oba uszy są chore w różnym stopniu WEBER + wypada po stronie ucha bardziej chorego. Subiektywne szумы mogą zupełnie brakować, lub występować na pewien czas; kiedyindziej są one stałe i nader męczące. W przypadkach zastarzałych nie rzadko przyłączają się zawroty głowy, dające niekiedy całkowity obraz choroby MÉNIÈRE'a. W tych okresach choroby występuje objaw, jaki spotykamy przy sklerozie, t. j., że chorzy lepiej słyszą w hałasie: jest to t. z. *paracusis Willisii*. Zjawisko to nie jest dostatecznie wyjaśnionem; jedni przypuszczają, że przez silne wstrząśnienie narząd, przeprowadzający fale głosowe, łatwiej przeprowadzić je może do narządów dźwięki percypujących [POLITZER]. Czemu jednak coś podobnego niema miejsca w uchu zdrowem, pozostaje niewyjaśnionem. Zjawisko to, podług URBANTSCHITSCH'a, LEWENBERG'a, pochodzi ztąd, że ponieważ w tych okresach choroby, jako też przy sklerozie, cierpi jednocześnie błędnik i zakończenie nerwów słuchowych, przeto dla pobudzenia ich nie wystarczają zwyczajne fale głosowe, *resp.* zwyczajne wstrząśnienie powietrza.

Zaburzenia słuchowe w największej liczbie przypadków mają charakter postępujący i nie może być inaczej, jeśli uprzytomnimy sobie sprawy i zmiany anatomiczne, jakie w narządzie słuchowym zachodzą. Szybkość utraty słuchu zależy przeto od powolniejszego lub szybszego postępu zmian wstecznych w środkowym uchu i od wcześniejszego lub późniejszego współdziałania w chorobie błędnika. Są przeto przypadki, w których chorzy przez lata całe mają słuch znośny, w których zdaje się nawet, że się sprawa chorobowa zatrzymała; a są znowu, niestety, takie przypadki, które już dość wcześnie prowadzą do znacznego upośledzenia słuchu. Całkowita głuchota jest w tej formie nader rzadka i wtedy ona rozwija się w dalszym ciągu powoli, albo następuje szybkie pogorszenie bez żadnych przedwstępnych objawów, lub też wśród silnego szumu, zawrotów i zajęcia głowy. Choroba jest niewyleczalną. Odpowiednie zachowanie się chorych i odpowiednie leczenie może wszelako wiele tu zdziałać i chorym zachować na długi czas słuch znośny.

Są wreszcie przypadki, w których skutkiem rozpadu i wessania nowo-wytworzonej tkanki stałe lub czasowe polepszenie słuchu następuje. Niekiedy przyłącza się ostry nieżyt lub zapalenie ropne ucha środkowego, prowadzące czasowe lub stałe pogorszenie słuchu. W wyjątkowych przypadkach po takim zapaleniu ropnem następuje znaczna poprawa słuchu. W praktyce mojej spostrzegalem dwa takie przypadki: w jednym—przy przewlekłym niezycie pochodzenia syfilitycznego, po wstrzyknięciu do jamy bębenkowej chloralu, wystąpiło ostre ropne zapalenie ucha środkowego z przedziurawieniem błony bębenkowej; po przejściu zapalenia słuch w uchu chorem znakomicie się po-

prawił i takim pozostał. W drugim przypadku chorej przez pomyłkę zamiast jodku potasu wstrzyknąłem 1% azotanu srebra. Do ropienia w tym przypadku nie doszło; wszelako po przejściu ostrej sprawy zapalnej w jamie bębenkowej słuch poprawił się znakomicie i poprawa trwa dotąd, t. j. 5-y rok.

Czystą sklerozę ucha charakteryzuje, że choroba rozpoczyna się nieznanym szumem, stopniowo wzmagającym się, aż dopiero po pewnym szeregu tygodni, miesięcy, a nawet lat występuje upośledzenie słuchu. Gdy raz chorzy zauważą upośledzenie słuchu, to nie trudno przekonać się, że ono postępuje wciąż bez przerwy, bez żadnych pauz, a przynajmniej przestanki te są rzadkie i choroba nie zatrzymuje się wprzód, aż nie doprowadzi do znacznego stopienia słuchu lub do całkowitej głuchoty. Szumów w tej formie chorobowej nie brak nigdy. Choroba postępuje tak niepostrzeżenie dla chorych, że zwraca na siebie uwagę wtedy, gdy już dosięgła znacznego natężenia. Chorzy tacy, rozmawiając w bliskości, albo z osobami, mówiącymi głośno i wyraźnie, nie uczuwają upośledzenia słuchu; ale w przestrzeniach ze złą akustyką, w pokojach, wysłanych dywanami i zawieszonych portjerami, w teatrze, w resursach i wogóle tam, gdzie jest wielu ludzi, daje się upośledzenie słuchu dobrze we znaki. Siedząc przy stole, gdzie rozmawia kilka osób, nie są w stanie pojąć całej rozmowy i muszą się niejednokrotnie przepytywać. Braki słuchowe występują głównie wieczorem, gdy ustrój zmęczony jest pracą całodzienną. Chorzy skarżą się z początku, że czują, że im coś leży w uszach, innym razem znowu, że im się coś wciska w uszy od strony szyi i gardła.

Zdarza się, że choremu dopiero otoczenie jego zwraca uwagę, że nie słyszy. Często zapada najprzód jedno ucho, zwykle lewe, potem dopiero drugie i w tem uchu choroba robi tak szybkie postępy, że tępość słuchu w krótkim czasie prześciga ucho, które pierwsze zasłabło.

Przypadki sklerozy, które się komplikują współcierpieniem błędnika, mają często przebieg bardzo złośliwy, w takich razach już po miesiącach, a nawet tygodniach nastąpić może całkowita prawie głuchota. Tego rodzaju przypadki spotykamy przy dziedziczności, małokrwistości, gruźlicy i syfilisie. Przy ostatnim tępość słuchu albo występuje jednocześnie z innymi objawami wtórnymi, albo też po dłuższym czasie, gdy te objawy już dawno znikły. Zbyt gorliwe leczenie niewątpliwie sprowadza pogorszenie słuchu w tej formie choroby. Poprawa ogólnego stanu zdrowia wpływa też dodatnio i na cierpienie ucha. Choroba ta często połączona jest z przygnębieniem umysłowem, a nawet psychicznem. Wielki wpływ wywierają na przebieg choroby wzruszenia moralne, t. j. zmartwienia, zgryzoty, kłopoty, nocne czuwanie, nadmierna praca umysłowa. Cięża nie zawsze pogarsza stan słuchu. Zdarza się nawet niekiedy, że sprawa chorobowa powstrzymuje się na ten czas, aby potem tem szybsze robić postępy. Niespodziane wzruszenie, jak np. pierwsze badanie u lekarza, może chwilowo słuch pogorszyć. Przy badaniu takich chorych nierzadko się zdarza, że skutkiem wsłuchiwania się chorych w mowę badającego zdolność słuchowa szybko pada i te same wyrazy, które chorzy słyszeli przy początku badania, przy końcu badania nie słyszą ich wcale lub też źle. Częstym objawem przy sklerozie jest lepsze słyszenie w hałasie, o czem wyżej była mowa.

Chorzy tacy, siedząc w wagonie kolejowym, słyszą daleko lepiej w czasie biegu pociągu. TROELTSCH opisuje przypadek, w którym choremu trzeba było przed uszami mocno uderzać w bęben, ażeby tenże słyszał mowę ludzką.

Szумы są często tak uporczywe, że nie ustępują nawet po całkowitej utracie sluchu; zwykle jednak wraz z głuchotą i szmery ustają. Możliwość słyszenia tonów muzycznych zachowuje się najdłużej. Mam chorych, do których trzeba mówić głośno na odległość 20 ctm. od uszów, a tym czasem na fortepianie bez błędu grają; uczęszczają na koncerty i muzykę dobrze słyszą. Bywają częste formy stopienia sluchu, w których chorzy słyszą głos mówiącego, lecz nie są w stanie pojąć ani jednego lub prawie żadnego wyrazu.

W przebiegu choroby dają się spostrzegać jeszcze niektóre godne uwagi objawy. Czasem już w okresach wczesnych choroby, chorzy starają się lepiej słyszeć i to przez pewien czas udaje im się przez silne napięcie pozostałego stopnia sluchu; przytem wszelako czują w uchu rodzaj kurczu, zajęcie głowy, pewien stopień zawrotu głowy, wzmożenie się szumów w uchu z następczem, znacznem osłabieniem sluchu. Zdarza się dość często, że chorzy w pierwszych latach swego cierpienia doznają chwilowej poprawy sluchu i zmniejszenia się szumów, jeżeli pociągną muszlę uszną ku tyłowi, ku górze i na zewnątrz lub gdy lekko natrą skrawek (*tragus*). U pewnych chorych szумы znacznie wzmagają się przy jedzeniu, a głównie przy polykaniu płynów; u innych ucisk na tętnicę szyjową wspólną usuwa szумы. Jedni chorzy rano lepiej słyszą, t. j. wtedy, gdy ustrój ich pokrzepił się; inni przeciwnie po wyjściu z łóżka słyszą gorzej, szумы są wzmożone i głowa jest ociężała.

W wielkiej liczbie przypadków występują w późniejszych okresach choroby zawroty głowy. U jednych występują one podczas jedzenia i picia, u innych przy nachylaniu się, przy zrobieniu próby VALSALVY; stopień zawrotu bywa rozmaity, nie dosięga wszelako nigdy większego natężenia i jest krótkotrwały; rozrzedzenie powietrza w przewodzie sluchowym zewnętrznym usuwa go prawie natychmiast. U wielu chorych tego rodzaju, gdy stopienie sluchu dosięgło wysokiego stopnia, zmienia się także głos z przyczyny, że nie słyszą własnej mowy; jedni mówią za głośno, inni znowu zbyt cicho i nie są w stanie nadać mowie swojej odpowiedniej siły i odpowiedniej modulacji. U pewnej liczby chorych tym zmianom głosu fonicznym towarzyszą przemijające lub trwałe oznaki niedowładu mięśnia zamykającego nagłośnię [WEBER-LIEL]. Autor ten objaśnia to związkiem bezpośrednim jądra sluchowego z ośrodkiem mowy w szarej substancji wyspy REIL'a, lub też anastomozą nerwu błędnego ze spletem skalistym nerwu języko-gardzielowego (*plexus tympanicus*, nerwy trąbki).

Przewodnictwo kostne dla zegarka i kamertonu może być prawidłowe, najczęściej wszelako ginie już wcześniej.

Zmiany obiektywne najważniejsze spostrzegamy na błonie bębenkowej. W nieżytych przewlekłych jest ona wciągnięta, wyrostek krótki młotka i tylna fałda błony znacznie jest uwydatniona i wypukłona ku przodowi. Fałda ta występuje jako biaława, lub ścięgnisto-szara, ostrokątna listwa, tworząca z wyrostkiem krótkim kąt ostry. Przy znacznem wciągnięciu błony bębenko-

wej trzonek młotka może się stać zupełnie niewidocznym. Kolor błony bębenkowej jest ciemno-szary, przy wysiękach w jamie bębenkowej szaro-żółty, z odcieniem fioletowym lub czerwonym. W następstwie rozwija się częściowy lub całkowity zanik błony bębenkowej w postaci zagłębień na błonie bębenkowej z nieprawidłowymi odbiciami świetlnymi. Gdy zanikła błona bębenkowa dotyka wewnętrznej ściany jamy bębenkowej, można widzieć po za młotkiem długie ramię kowadelka, tylne ramię strzemięcia, pagórek i niszę okienka okrągłego.

Gdy trąbka EUSTACHIUSZA jest niedrożna, błona bębenkowa jest mało ruchoma. Wpędzenie powietrza do jamy bębenkowej sprowadza bezpośrednie zmiany w położeniu błony bębenkowej. Fałda jej zostaje całkiem wyrównaną, trzonek młotka przyjmuje położenie prawidłowe, naczynia wzdłuż niego zostają nastrzyknięte i wszystkie poprzednio widziane części jamy bębenkowej znikają. Przy częściowym zaniku, części zanikłe wypuklają się w postaci białych lub żółtych pęcherzyków. Zdarza się też, że błona bębenkowa w okolicy dolnego końca trzonka młotka na większej lub mniejszej przestrzeni zrasta się z ścianą błędnikową jamy bębenkowej; zrosty te mogą się też zdarzyć i w drugich miejscach: są one następstwem zetknięcia się powierzchni pozbawionych nabłonka. Drożność trąbki EUSTACHIUSZA bywa w rozmaitym stopniu upośledzoną. Najlepiej daje się to poznać przy wpędzaniu do niej powietrza za pomocą cewnika i balonu. Zwykle wtedy napotykamy większy lub mniejszy opór przy przechodzeniu powietrza; nierzadko ono zupełnie nie przechodzi do ucha środkowego. Stosownie do stopnia obrzmienia błony słuzowej trąbki EUSTACHIUSZA strumień wpadającego powietrza będzie już to szerszy, miększy, już to węższy, bardziej szorstki; a jeśli w jamie bębenkowej jest płyn, to stosownie do jego ilości i natury ucho badającego usłyszy rozmaite szmery.

W okresie przerostowym błona bębenkowa jest częściowo lub całkowicie zmętniała. Jest ona jednostajnie sino-białą, brudno-szarą, mocno, białą jakby ścięgniętą. Przy znacznym zgrubieniu błony, przy zrostach jej ze ścianą dolną jamy bębenkowej, jest ona żółto-pargaminową. Gdy rozrosła tkanka łączna w jamie bębenkowej jest przekrwioną, błona bębenkowa jest czerwono lub niebiesko szarą. Trzonek młotka bywa albo wcale niewidzialny, albo też słabo bywa skręcony ku tyłowi, na wewnątrz i ku górze. Sama błona jest silnie wciągniętą, często zanikłą i posiada często złogi wapienne. Ze zmętnień częściowych charakterystyczne jest dla tej formy zmętnienie półksiężycowe po za trzonkiem młotka, wypukłością zwrócone do obwodu, mleczno-białe lub ścięgnięto-szare. Prócz tego napotykamy częściowe wciągnięcia błony bębenkowej w postaci okrągłych, ciemniejszych lub błyszczących dołczeków na błonie bębenkowej; wciągnięcia te są albo następstwem zaniku częściowego błony, albo bezpośredniego jej zrostu lub za pomocą sznurków tkanki łącznej ze ścianą wewnętrzną jamy bębenkowej. Trąbka EUSTACHIUSZA jest tu mniej obrzmiała, niż w okresie poprzednim i nigdy nie dochodzi do zupełnej niedrożności jej. Strumień powietrza wpędzonego jest przeto wązki, ciągły i te przypadki, w których nie udało się wpędzić powietrza do jamy

bębenkowej, należą do największych rzadkości i pochodzą od innych warunków. Wpędzając powietrze do jamy bębenkowej w przypadkach, w których oba uszy nie zachorowały jednocześnie, przekonywamy się, że strumień powietrza do ucha dawniej chorego, t. j. tam, gdzie już zaszły zmiany wsteczne, daleko łatwiej wchodzi i szerszym strumieniem, aniżeli do ucha, które zasłabło później, w którym błona śluzowa jest jeszcze obrzmiałą lub przerostowo zgrubiałą. Przekonywamy się też, że słuch w uchu, do którego prąd powietrza trudniej wchodzi, jest lepszy, aniżeli tam, gdzie powietrze wchodzi szerokim strumieniem. Ponieważ wydzieliny w jamie bębenkowej jest bardzo mało lub wcale jej niema, nie otrzymamy przeto przy wysłuchiwanu podczas wpędzania powietrza dodatkowych szumów i szmerów, jakie wywołuje poruszenie płynu przez prąd wpadającego powietrza.

Dla sklerozy jamy bębenkowej jest charakterystycznym, że błona bębenkowa przez wiele lat pozostaje prawidłową, oraz brak jakiegobądź obrzmienia ze strony trąbki EUSTACHIUSZA. Czasem błona bębenkowa przedstawia się matową, zmętniałą i zanikłą. Przez tak zanikłą błonę prześwieca lekka czerwoność w jamie bębenkowej. Trzonek młotka nie zmienia swego położenia.

Przy zastarzałych formach sklerozy, a nawet w świeżych przypadkach przewód słuchowy zewnętrzny jest zupełnie suchy; woszczyk wcale się nie wydziela. Nierzadko luszczy się naskórek, dając oznaki t. z. suchej pryszczycy. Z latami następuje przerost części miękkich przewodu słuchowego zewnętrznego, co znacznie utrudnić może rozpatrzenie błony bębenkowej. U osób starych natomiast przewód słuchowy zewnętrzny jest znacznie rozszerzony, zwiotczały.

Rozpoznanie nieżyty przewlekłego nie przedstawia trudności. Gdy błona bębenkowa nie jest zmętniałą, prześwieca przez nią zawartość jamy bębenkowej, co okiem rozpoznać się daje; nadto wyraźną jest tylna fałda błony bębenkowej. Gdy błona jest mętną, dla rozpoznania służą wyniki wysłuchiwania, znaczne wahania ostrości słuchu i wyniki otrzymywane przy wpędzeniu powietrza do jamy bębenkowej. Okres przerostowy nieżyty nie przedstawia też trudności rozpoznawczych. Napotykamy zmiany wybitne na błonach bębenkowych, jak: zgrubienie, zanik, złogi wapieune i wciągnięcia. Zmiany te nabierają znaczenia dopiero w związku z objawami subiektywnymi, z wynikiem prób słuchowych, z wysłuchiwanu i przy uwzględnieniu całego przebiegu. Same zmiany obiektywne bardzo często nie dają nam żadnych wskazówek co do stopnia upośledzenia słuchu. Często przy znacznie posuniętych zmianach na błonie bębenkowej słuch jest bardzo dobrze zachowany i odwrotnie przy niewielkich zmianach widzimy znaczne upośledzenie słuchu.

Zresztą dość często spotykamy u ludzi zupełnie prawidłowo słyszących z prawidłowemi błonami bębenkowemi częściowe lub całkowite zmętnienia błon bębenkowych. Rozpoznawanie zrostów bezpośrednich między błoną bębenkową a ścianą wewnętrzną jamy bębenkowej najłatwiej udaje się po wpędzeniu powietrza do ostatniej, oraz przy rozrzedzaniu powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym za pomocą lejka SIEGLE'a. Po zastosowaniu

obu tych rękoczynów części zakłębnięte błony bębenkowej nie ulegają żadnej zmianie, przy braku zaś zrostów wypuklają się na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu. Istnienie nieprawidłowych sznurków tkanko-łącznych, ograniczających ruchomość części składowych jamy bębenkowej, nie daje się rozpoznać. Stopień napięcia błony bębenkowej daje się tylko określić w przybliżeniu; wybitnie mała ruchomość błony bębenkowej wskazuje na silne jej napięcie i odwrotnie, zbytnia ruchomość wskazuje na jej osłabienie.

Rozpoznanie sklerozy jamy bębenkowej stawiamy najczęściej przez wyłączenie. Tu bowiem najczęściej błona bębenkowa nie przedstawia żadnych zmian obiektywnych lub też bardzo nieznaczne. Po dłuższym czasie trwania choroby rozwija się zanik błony bębenkowej z lekko przeświecającą czerwonoscią, trzonek nabłonka jest w prawidłowym położeniu i to jedno już formę tę wyróżnia od niezytowej, w której trzonek jest wciągnięty i w położeniu zmieniony. Przy zwyrodnieniu błony śluzowej jamy bębenkowej błona bębenkowa okazuje się żółtą przeważnie w okolicy okienek błędnika.

[D. n.].

ODCINEK.

O MOŻLIWOŚCI WYKORZENIENIA PIJAŃSTWA.

Napisał

Prof. J. Dogiel [Kazań].

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 13].

KOSZELEW w interesującej swej pracy „O środkach w celu ukrócenia pijaństwa“ mówi, co następuje: „Lud rosyjski pił i pije bezmyślnie, ale nie wiele, i przeważnie ze zmartwienia, z potrzeby, pragnąc znaleźć w wódce zapomnienie o istotnym swem położeniu.“ Przypuśćmy, jak sądzą niektórzy, że główną przyczyną pijaństwa klasy przemysłowo-robotniczej stanowi końcowy brak oświaty. Zgadząmy się i na to, że każdy człowiek potrzebuje odpoczynku, zmiany wrażeń i rozrywki po pracy. Ludzie wykształceni mają w tym celu książki, muzea, teatry, tańce, muzykę, zebrania towarzyskie i różnorodne gry. Prostak i człowiek niezamożny pozbawiony jest tego wszystkiego. Cóż jednak zniewala do picia i upijania się ludzi inteligentnych? Piją oni za zdrowie innych: piją, życząc szczęścia nowożeńcom; piją w chwilach radosnych, i często bardzo piją jedynie dlatego, że piją inni. Słowem, ten, kto chce pić, zawsze znajdzie po temu sposobność; pijak zawsze ma radość, albo zmartwienie, zawsze ma sposobność do upicia się. Często stara się usprawiedliwić, dlaczego pije: wódka rozgrzewa i ułatwia trawienie, zwiększa pracę mięśniową, czyni człowieka gadatliwym, wogóle wzmaga czynność mózgu, dodaje odwagi, śmiałości i t. p.

Widzieliśmy już jednak, że wszystko to jest nieprawdą. Z początku towarzysze, tacy sami próżniacy, namawiają do picia i ucztowania z nudów; potem choroba, spowodowana napojami wysokokowymi, zastępuje przyjaciół i zniewala do picia. Czyż stan taki jest niezbędny, czy pożądané jest takie działa-

nie wyskoku, które przyczynia człowiekowi chorobę. Nie można przecież podtrzymywać pijaństwa w ludzkie dlatego, że używanie napojów wysokokowych daje państwu bardzo znaczny dochód. Łatwo pojąć, że dochód taki jest fikcyjny, bo człowiek chory mniej może pracować, niż zdrowy i trzeźwy, który nie tylko jest zdrowszy, ale i bogatszy i pożyteczniejszy pod każdym względem i dla siebie i dla rodziny i dla państwa. Obserwacya codzienna i nauka wskazują, że pijaństwo niszczy, gubi człowieka, rujnując odżywianie, krążenie, układ mięśniowy i nerwowy, robiąc z czwieka zwierzę. Dobrzy ludzie mówią pijakowi: opamiętaj się, powstrzymuj, patrz co się z tobą stało, spuchłeś z pijaństwa, chodzisz w lachmanach i bez butów! A tymczasem różni przyjaciele i mili szynkarze używają wszelkich podstępów, aby podtrzymać wśród ludu pijaństwo i, pozbawiając go ostatniego grosza, tryumfują, cieszą się z łatwego zarobku, choć dobrze wiedzą, że majątek ich powstaje kosztem dobrobytu i życia pijących wódkę albo inne napoje wyskowe.

W mojem przekonaniu pijaństwo zależy od braku oświaty, od naśladowania innych, próżniactwa, braku rozrywek, przyzwyczajenia, a raczej od choroby. Nikt, rozumiejący to, nie zaprzeczy, że jak fałszowaniu produktów spożywczych, tak samo trzeba koniecznie przeciwdziałać fałszowaniu napojów wysokokowych. Pożyteczne jest i trzeba leczyć pijaków, lecz jeszcze pożyteczniej i niezbędniej zapobiegać tego rodzaju chorobom.

Jeżeli dotychczas nie wynaleziono radykalnych środków, zapobiegających nawyknienu do napojów wysokokowych, to nie dowodzi bynajmniej bezowocności poszukiwania takich środków. W tym oczywiście celu powstało w Ameryce stowarzyszenie, którego członkowie pragną zasięgnąć zdania uczonych europejskich, zajmujących się badaniem działania fizjologicznego wyskoku na ustrój zwierzęcy i, opierając się jednocześnie na swych własnych wiadomościach, wyprowadzić pewne wnioski. Między innymi otrzymałem i ja w początkach listopada 1897 r. dwa listy: jeden z Bostonu od prof. BORODITCH'a, drugi od d-ra HODGE'go, profesora fizjologii i neurologii w Worcester.

W pierwszym z tych listów prof. BORODITCH prosi o zwrócenie uwagi na list prof. HODGE'go, pisany z powodu utworzenia się komitetu z 50 członków, mającego na celu zbadanie roli wyskoku pod względem lekarskim, socyalnym i moralnym.

W drugim liście prof. HODGE pragnie w imieniu komitetu zasięgnąć zdania wybitnych fizjologów co do dwóch pytań, dotyczących wykładów praktycznych o działaniu fizjologicznem wyskoku. Prosi on, abym okazał komitetowi swą pomoc przez wypowiedzenie osobistego swego poglądu w odpowiedzi na dwa następujące pytania: 1) Jakie jest moje zdanie o znaczeniu fizjologicznem wyskoku, jako pokarmu, jako używki, jako środka pobudzającego i leczniczego? 2) Do jakiego stopnia uważam za odpowiednie wprowadzenie wykładu fizjologii wyskoku do kursu nauk początkowych? Rząd amerykański, mówi HODGE, przedsięwziął odpowiednie środki w tym celu, aby zobowiązać nauczycieli szkół publicznych do poświęcania pewnej liczby godzin na zapoznanie uczniów ze szkodliwością napojów wysokokowych i na przeciwdziałanie przyzwyczajaniu się do wyskoku. W New-Jorku prawo wymaga obecnie, ażeby dla dzieci w wieku od lat 6 do 9 poświęcano na ten cel nie mniej niż 20 lekcji na rok; od 9 do 11 lat—przynajmniej 30 lekcji na rok, i wogóle nie mniej niż 250 lekcji o szkodliwości wyskoku. Wreszcie zapytuje HODGE o zdanie: czy i w jaki mianowicie sposób tego rodzaju metoda wykładowa może wpływać na ograniczenie używania wyskoku?

Z listu HODGE'go widać, że komitet amerykański stara się zbadać, o ile zapoznanie dzieci z działaniem napojów wysokokowych może wpłynąć na uzdrowienie ludzi od przyzwyczajania się do wyskoku.

Przekonaliśmy się już, że żaden ze środków, dotychczas znanych i przedsiębranych przez różne państwa, nie był w stanie wykorzenić pijaństwa; dla tego też bardzo jest pożądane wypróbowanie tego sposobu. Mojem zdaniem, bez względu na przedsiębrane środki i sposoby, wynik pożądany nie da się osiągnąć dopóty, dopóki każdy nie przekona się o szkodliwości napojów wysokokowych i sam dobrowolnie nie zechce się ich wyrzec. Wiadomo, że łatwiej zapobiedz chorobie i łatwiej ją wyleczyć w samych początkach, niż wówczas, gdy powstaną w ustroju zmiany poważniejsze. Wrażenie, otrzymane w wieku dziecięcym, jest daleko trwalsze od wrażeń z lat późniejszych. Nawyknienie zaś do napojów wysokokowych staje się tem większe, im dłużej człowiek podlegał wpływom wyskoku. Nawyknienie to potęguje się kosztem osłabienia woli i charakteru człowieka, co znów jest w związku z osłabieniem działalności układu nerwowego, odżywiania i t. p.. Na podstawie choćby tylko tych danych zdaje mi się, że rozsądne zapoznanie ze szkodliwością napojów wysokokowych w wieku jak najwcześniejszym należy uważać za środek, skutecznie zapobiegający pijaństwu, tem więcej, że i charakter przyszłego mężczyzny zaczyna się rozwijać wcześniej. Świadomość szkodliwości napojów wysokokowych w wieku jak najwcześniejszym i w wieku młodzieńczym—wśród studentów uniwersytetu i wychowañców innych zakładów naukowych, średnich i wyższych—jest bardzo pożądana i z wielu względów pożyteczna. Dzieci i młodzieńcy, zbliżeni wiekiem, częściej się zbierają i częściej uczują w swoim kółku, niż ze starszymi, nauczycielami, a nawet krewnymi i rodzicami; dla tego też łatwiej w nich wszczepić pewne przekonania.

W № 9 [wrzesień, 1896] dziennika „Diejatel“, wychodzącego w Kazaniu, w protokóle posiedzenia kazańskiego towarzystwa wstrzemięźliwości powiedziano, co następuje: Po odczytaniu protokółu posiedzenia poprzedniego, wysłuchano odezwy kuratora okręgu naukowego kazańskiego, w której prosi o zawiadomienie go, ilu studentów zakładów naukowych kazańskich należy do grona członków towarzystwa wstrzemięźliwości. Postanowiono odpowiedzieć, że na zasadzie decyzji komitetu studenci zakładów naukowych mogą być zaliczani do grona członków tylko po otrzymaniu na to pozwolenia władzy naukowej i że obecnie ani jeden student nie należy do towarzystwa. Jeżeli odezwę powyższą kuratora okręgu naukowego wywołało przypuszczenie, że studenci zakładów naukowych zwracali się lub zwracają z prośbą o przyjęcie do towarzystwa, to fakt ten należałoby uważać za objaw bardzo pocieszający dla omawianej przez nas sprawy. Należałoby z niego skorzystać i podtrzymać, ponieważ mógłby być niewątpliwie bardzo pożytecznym, jako środek, zapobiegający szkodliwemu nawyknięciu do napojów wysokokowych. Byłaby to, mojem zdaniem, droga najpewniejsza do zupełnego ukrócenia pijaństwa. Jeżeli karanie za sfalszowanie napojów wysokokowych, pewien sposób ich sprzedaży, utrudniająca do pewnego stopnia rozwój pijaństwa, i zakładanie szpitali dla alkoholiczków jest pożyteczne i niezbędne, to jednak doświadczenie przekonało, że w ten sposób nie da się osiągnąć zupełnego ukrócenia pijaństwa. Dążenia do zniweczenia pijaństwa nie należy uważać za utopię: jest ono możliwe, lecz tylko na drodze rozwijania charakteru stałego, siły woli i świadomości; to zaś osiągnąć się daje przez rozsądne wychowanie młodego pokolenia. Wychowanie takie wyradza zamiłowanie pracy, poczucie obowiązku względem społeczeństwa i państwa, daje szczęście i zadowolenie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— x — x —

44. Comby. Nieprawidłowość tętna u dzieci [arytmia serca u dzieci].

Wyjaśniliśmy znaczenie arytmii, jako nazwy takiego stanu tętna, gdy jest ono nierównem tak co do liczby uderzeń, jak i ich sily, gdy uderzenia serca podlegają przerwom regularnym lub nieprawidłowym, autor zwraca uwagę, że pojęcie o nieprawidłowości tętna nie daje się pogodzić z pojęciem o przyspieszeniu jego, gdyż nieregularność daje się odczuwać li tylko przy tętnie zwolnionem. Nie bywa jej nigdy w stanach gorączkowych, gdy szybkość tętna jest wielką, dopiero przy spadku ilości uderzeń do 100 — 80 arytmia staje się widoczną. Zatem tylko w stanach deferwescencji, gdy ciepłota spada, gdy tętno wolnieje, występuje arytmia, jak to bywa np. w drugim okresie gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Ponieważ przyczyn arytmii dziecięcej jest nader duża liczba, autor uważa za konieczną klasyfikację takowych, jak to uczynił już HEUBNER. Zostawiając na boku choroby mózgowie lub wady serca, które wpływać mogą na nierówność tętna, dzielimy arytmie na sześć grup głównych. A więc mamy arytmie u dzieci zdrowych, którą możnaby nazwać fizyologiczną, w tych przypadkach, w których prócz zupełnej fizyologicznej zkadinał nadwrażliwości nerwowej, właściwej dzieciom między 12 i 20 miesiącem życia, a dalej między i 5 rokiem, innych przyczyn nieprawidłowości tętna [zjawiającej się najczęściej podczas snu, po jakiejś emocyi fizycznej lub moralnej], nie znajdujemy. Drugą grupę stanowią arytmie zależne od przypadkowych lub terapeutycznych zatruc. Przetwory makowca, naparstnica, szalei lub belladona mogą sprowadzać zwolnienie i nieregularność tętna. Te same skutki wywoływać może czasami chloroform lub kwas węglany. Trzecią grupę stanowi arytmia pochodzenia żołądkowo-kiszczkowego, w której przypuszczać należy samozatrucie ustroju przy cierpieniach tych narządów, osobliwie przy stanach przewlekłych. W przypadkach robaków i wewnątrzniaków wogóle arytmia tłumaczyć należy albo tem samem samozatruciem, albo pobudzeniem odruchowem. Czwartą grupę składają stany tak zwanej dyskrazji [a więc artrytyzm, moczówka cukrowa, astma, migrena i inne dyatezy]; piątą — płasawica i inne nerwice, szóstą w końcu okresy zdrowienia po stanach gorączkowych, jak: tyfus, płonica, zapalenie płuc, opłucnej, gardzieli, uszu lub nerek, w której podczas gorączki tętno, dochodzące do 130—150 na minutę, jest regularnem, a dopiero przy zwolnieniu do 80—70 albo 60 staje się arytmicznem.

W zakończeniu artykułu COMBY stawia dwa pytania: jakie znaczenie semiotyczne i prognostyczne ma dla lekarza nieregularność tętna u dzieci i czy może być leczenie takowej? Co do pierwszego, to odpowiedź na nie wynika z rozpatrzonych przyczyn nieregularności: trudno dziwić się arytmii w przypadkach przeładowania ustroju lekami, nie należy tracić nadziei na poprawę w tych razach, bo usunięcie złego leży w naszej mocy; arytmia u zdrowiejących dowodzi tylko, że sprawa zakaźna dobiegła końca. Słowem należy brać pod uwagę nie tylko regularność tętna, jako taką, ale i wszystkie towarzyszące jej okoliczności, badać przyczyny i te mieć na widoku przy stawianiu rokowania. Co do leczenia, to tutaj stosuje się to samo, co i do poprzedniej kwestyi: usuwać przyczynę, o ile ta od lekarza zależy, a więc leczyć główną chorobę.

45. W. Ebstein. O współistnieniu padaczki [*resp.* napadów padaczkowych] i moczówki cukrowej [*resp.* cukromoczu].

Pomijając przypadki, w których niezależnie od siebie występują oba wspomniane cierpienia, mogą się następczy następujące możliwości co do ich współistnienia: 1) napady padaczkowe właściwe, lub tylko do nich podobne, mogą być skutkiem choroby cukrowej; 2) choroba cukrowa, ewentualnie cukromocz, jest skutkiem padaczki; 3) oba cierpienia powstają jako skutek jednej i tej samej przyczyny, ale bez wzajemnej względem siebie zależności.

Co się tyczy pierwszego szeregu przypadków, to można przypuścić, iż swoiste substancje, wytwarzane w ustroju dzięki patologicznie zmienionej przemianie materii, są w stanie wywołać drgawki; jakkolwiek autorowi nigdy nie udało się czegoś podobnego obserwować, jednak notowane są pojedyncze przypadki zapaści dyabetycznej, podczas której występowały napady epileptyczne. JACOBY nawet wprost mówi o padaczce cukromoczowej (*epilepsia diabetica*), rozpatruje ją jako sprawę zatrucia wskutek acetonemii i rozróżnia ostrą, przewlekłą i przepuszczającą postać tego cierpienia. Należy tylko starannie wyłączyć w tych przypadkach zapalenie nerek [białkomocz], bo w tym razie miewamy do czynienia z znanymi powszechnie drgawkami mocznicowemi.

Co do drugiej grupy przypadków, to możnaby je podzielić na dwa rodzaje: 1) takie, w których cukromocz występuje po napadzie epileptycznym i 2) takie, w których przy istniejącej padaczce występuje cukromocz, a ewentualnie cukrzyca, jako mniej lub bardziej stałe, ale o przewlekłym przebiegu powikłanie. Autor pomimo skrzętnych poszukiwań nigdy nie znajdował cukru w moczu po napadach padaczkowych i przypuszcza, że zjawisko to nie zdarza się, żeby zaś długotrwała padaczka była powodem choroby cukrowej, to i pod tym względem niema obserwacji odnośnych, któreby faktu tego bezwzględnie dowodziły. Stosunkowo najczęstsze są już przypadki trzeciej kategorii, a wspólna dla obu cierpień przyczyna może być ogólną lub miejscową.

Sklonności przyrodzone i usposobienie rodzinne, które tak często bywają dziedziczne, a tak wybitną rolę grają przy padaczce i cukromoczu, należy tu uwzględnić przedewszystkiem. Autor opisuje taki przypadek, w którym chory ciężko obciążony pod względem neuropatycznym dotknięty był obu cierpieniami.

Nareszcie z przyczyn miejscowych sprawy patologiczne mózgu wywołać mogą współistnienie padaczki i moczówki cukrowej. EBSTEIN opisuje szczegółowo trzy odnośne obserwacje, w klinice własnej uczynione: 1) 21-letnia służąca we 2 lata po udarze, który spowodował prawostronne porażenie z zaburzeniami mowy, zapada na padaczkę; ta ostatnia występuje pod postacią epilepsji JACKSON'owskiej, a jednocześnie w moczu od czasu do czasu pokazuje się mniejsza lub większa ilość cukru, obok niego ślady białka i nieco cylindrów. Po pewnym czasie przyłączyły się objawy wady sercowej i nieznaczne zmiany gruczołowe w płucach. 2) 50-letni mężczyzna od 2½ lat często traci przytomność i dostaje drgawek; zauważono na klinice niedowład prawego nerwu twarzowego [gałązki dolnej] i prawego podjęzykowego; jednocześnie wystąpił *diabetes mellitus decipiens intermittens*. Dalsza obserwacja wykazała, iż miało miejsce tu cierpienie ogniskowe mózgu. 3) 20-letni ślusarz od 30 lat doznaje zawrotów, które po pewnym czasie przeobrażają się w prawdziwe napady epileptyczne; jednocześnie stwierdzono niedostateczność zastawki dwudzielnej, przepuszczającą cukrzycę i lekki niedowład nerwu twarzowego dolnego.

Autor radzi badać skrzętnie [codziennie i nie tylko ilość dzienną ale oddzielne porcje moczu] na cukier mocz wszystkich chorych, dotkniętych padaczką, a przedewszystkiem postacią JACKSON'owską tego cierpienia.

(*Deut. med. Woch. Nr. 1, 2. 1898.*)

A. Lande.

46. Dieulafoy. Wymioty krwawe przy owrzodzeniu żołądka i pomoc chirurgiczna.

Chory 27-letni, przywieziony wieczorem na klinikę prof. D. w Paryżu, opowiedział, że tego samego dnia rano dostał wymiotów krwawych i bólów w okolicy żołądkowej. Ilość krwi wymiotowanej oceniał na 2—2 litry; przed wymiotami nie było żadnych objawów właściwych wrzodowi żołądka. Zastosowano zwykle w takich razach zabiegi, lecz pomimo to znów w nocy gwałtowne i obfite wymioty krwawe, tak, że rano prawie dwie miednice były pełne krwi i płynów wprowadzonych do żołądka. Po południu znów wymioty krwawe i śmierć. W przeciągu mniej więcej 30 godzin chory zwymiotował 4—5 litrów krwi.

Sekcja wykazała zupełnie powierzchowne owrzodzenie błony śluzowej żołądka, a na dzień jego małą tętniczkę ziejącą, źródło krwotoków. Owrzodzenie do tego stopnia było powierzchowne, że zaledwie *muscularis mucosae* była miejscami zniszczona. D. żałował, że nie uciekł się do pomocy chirurgii. Po kilku miesiącach miał sposobność obserwować taki sam przypadek co do przebiegu. Tym razem pomoc chirurgiczna dała wynik bardzo dobry. Owrzodzenie zaś było tak małe, że chirurg na razie nie mógł go znaleźć i już zaczął powątpiewać nawet o prawdopodobieństwie rozpoznania; dopiero niezmiernie starannie oględziny zdołały wykryć jeszcze mniejsze owrzodzenie, niż w pierwszym przypadku. Chory wyszedł ze szpitala zupełnie zdrowy.

Taki przypadek obserwował MICHAUT, a D. miał sposobność oglądać preparat anatomiczny. Kobieta 23-letnia dostała nagle w dzień zawrotu głowy, osłabienia i wymiotów krwawych—ilość krwi prawie 2 litry; w nocy powtórzyły się wymioty. Na stole operacyjnym nie znaleziono owrzodzenia; chora wkrótce po operacji umarła. Sekcja wykazała niewielkie owrzodzenie, ukryte pomiędzy fałdami błony śluzowej żołądka. To ostatnie tłómaczy nam, dlaczego chirurg przeoczył owrzodzenie.

Dalej prof. D. przytacza jeszcze 4 przypadki, które niczem literalnie nie różnią się od poprzednich i robi wniosek, że owrzodzenia tego rodzaju trzeba uważać za rozpoczynający się wrzód okrągły żołądka, który w rozwoju swoim spotyka w *muscularis mucosae* tętnicę, niszczy jej ścianę i wywołuje krwotoki tem groźniejsze, że zwykle tętnica bywa tu częściowo tylko nadżartą, przez co nie może się dobrze skurczyć.

Jak wiadomo, wymioty krwawe mogą być następstwem i innych spraw patologicznych, nie umiejscowionych w żołądku. To też D. radzi być bardzo ostrożnym w rozpoznawaniu owrzodzenia [nadżarcia] żołądka. Przy *epistaxis posterior* krew może spływać do żołądka i dopiero później być zwymiotowaną. To samo dzieje się przy żylakach przelyku w następstwie marskości wątroby. Rak żołądka nigdy nie daje dużych krwotoków, chyba że powstaje na miejscu starego wrzodu.

Co się tyczy leczenia takich wymiotów krwawych, to zabiegi chirurgiczne potrzebne są tylko wtenczas, kiedy chory wymiotuje krwi dużo na raz, np. pół litra i gdy wymioty uparcie się powtarzają. W innych razach należy unikać pomocy chirurga. Wynik operacji, podług D., powinien być dodatni, bo chodzi tu o małe i powierzchowne owrzodzenie żołądka, kiedy przy zwykłym, starym wrzodzie okrągłym mamy rozległe zniszczenie ścian żołądka, wygórowane i grube brzegi wrzodu. To też nic dziwnego, że na 7 przypadków, operowanych wskutek krwotoków ze zwykłego wrzodu żołądka, zaledwie w 3-ch było wyliczenie, w innych zaś śmierć.

Opisane wyżej owrzodzenie powierzchowne [nadżarcie] niezawodnie da lepsze wyniki. I odszukanie takiego nadżarcia z pewnością będzie łatwiejsze, gdy chirurg z góry będzie przygotowany na to, że owrzodzenie może być bardzo małe i powierzchowne.

Stanisław Dąbrowski.

47. Josias A. Doświadczenia nad zarażliwością odry u zwierząt.

BEHLA, szczepiąc śluz, pochodzący z nosa dzieci chorych na odrę, otrzymywał zawsze wyniki ujemne u świnki morskiej, królika, kota, myszy, barana i psa. Za to u prosięcia, któremu B. wysmarował takim śluzem pysk i nozdrza, po 4 dniach wystąpił katar nosa i zaczerwienienie łącznie, ciepłota podniosła się do 39,4°. 8-go dnia prosię dostało wysypki podobnej do odrowej, która po 24 godzinach zajęła całe ciało. Dwa inne prosięta, zetknięwszy się z dzieckiem chorem na odrę, również dostały wyżej opisanych objawów.

Niedawno lekarz wojskowy CHAVIGNY zakomunikował akademii o przypadku odry u małpy; przypadek ten nie jest jeszcze ogłoszony drukiem. JOSIAS, pracując w r. 1897 na oddziale odrowym w szpitalu TROUSSEAU, przeprowadził doświadczenia nad zarażliwością odry u prosiąt i małp. U prosiąt autor przynosił zarazek odrowy za pomocą pędzelków, poprzednio wyjałowionych i nasyconych śluzem, zebranych z błony śluzowej gardzieli dzieci, dotkniętych odrą. Takim pędzelkiem autor smarował prosięciu jamę gardzielową, nozdrza i spojówki. We wszystkich 10 przypadkach autor otrzymał wynik ujemny, t. j. ani razu nie udało mu się wywołać żadnego z objawów, przypominających odrę.

W dalszym ciągu autor przeprowadził doświadczenia nad małpami. Do doświadczeń użyto 8 małp różnych gatunków (*macaque*, *sajou robustus*, *guenon macaque*). W trzech przypadkach u pewnego gatunku małp (*sajou robustus* i *sajou capucin*) autorowi udało się za pomocą opisanego wyżej sposobu wywołać wszystkie objawy odry i gorączkę [do 41°], niezbyt błony śluzowej nosa i spojówki, wysypkę na całym ciele. Objawy te wystąpiły w jednym przypadku 27 dnia po zarażeniu w 2-im—13, w 3-im—11-go. W pozostałych przypadkach nie otrzymano zarażenia odrą.

Autor przypomina, iż tylko niektóre gatunki małp są wrażliwe na zarazek odrowy.

(*La Méd. Moderne*. Nr. 20).

A. Puławski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie z dnia 1. III. 1898.

1) ELZENBERG przedstawia chorego z cierpieniem skóry, opisanem przez KAPOSI'ego pod nazwą „*multiple idiopathische Pigmentsarcome der Haut*.” Guziczki nowotworowe prócz skóry nogi pokrywają w liczbie kilkunastu błonę śluzową podniebienia twardego.

2) JAWORSKI przedstawia kobietę 33-letnią, zamężną, z brakiem wewnętrznych narządów rodnych.

3) BREGMAN demonstruje 34-letniego alkoholika, który od kilku miesięcy pod wpływem zimna, zwłaszcza zaś zimnej wody, doznaje palenia i drętwienia w palcach prawej ręki w prawej dłoni; palce wtędy bieleją i sztywnieją, następnie sinieją, po upływie zaś 1—2 godzin wszystko wraca do stanu prawidłowego [„objaw RAYNAUD'a”, czyli *asphyxia localis*]. Tętno prawej tętnicy promieniowej jest prawie niewyczuwalne, przy braku objawów tętniaka lub stwardnienia naczyń. Badanie serca wykazuje zwężenie otworu żylnego lewego. Brak tętna w tętnicy promieniowej po stronie chorej objaśnia B. niedorozwojem tej tętnicy, a inne objawy — zaburzeniami naczynioruchowemi, powstałemi na tle powyższego wadliwego rozwoju.

4) GRUŻEWSKI przedstawia dziewczynkę 5½-miesięczną, której po kilkudniowej gorączce i objawach zapalenia płuc wytworzył się ropień w okolicy 12

żebra prawego, a z ropnia tego po jego pęknięciu felczer wydobyl kłos żyta, oblepiony ropą.

5) MARKUSFELD przedstawia przypadek *psorospermiae vegetantis* DARIER'a (*keratosis follicularis* — BESNIER), dotyczący 24-letniej kobiety, która urodziła w szpitalu żydowskim dziecko zupełnie zdrowe, a 10 dnia po porodzie przeniesioną została na oddział M., który znalazł, co następuje: chora budowy prawidłowej, odżywiana nieźle; na całej skórze, dość grubej i suchej, widać grudki rogowe wielkości łepka szpilki, brudno-brunatne najliczniejsze na miejscach, odpowiadających gruczołom skóry; swędzenia pacjentka nie doznaje. Pod wpływem leczenia grudki rogowe zmniejszyły się cokolwiek, natomiast na czole i tylnej powierzchni ramion wystąpiła pryszczycza.

6) KOZERSKI demonstruje preparaty skóry, pochodzące od kobiety, chorej na *psorospermiosis follicularis vegetans* DARIER'a. Chora ta przybyła po raz pierwszy do szpitala Ś-go Łazarza jeszcze w r. 1890 z objawami świeżo nabytego syfilisu. K. widział ją dopiero w r. 1892 i wtedy znalazł na skórze mnóstwo typowych guziczek *psorospermiosis follicularis vegetans*. Dwa takie guziczki z tułowia i dwa z grzbietu stopy K. wyciął do zbadania, sześć zaś czopów rogowych, wydobytych z guziczek, włożył do tyłuż kieszonek, zrobionych nożem w naskórku prawej sutki. W rok później chora przybyła znowu do szpitala bez śladów nawet przyjęcia się przeszczepionych czopów; zresztą stan bez zmiany. Po dwu latach, t. j. w r. z. chora jeszcze raz przebywała w szpitalu, a w stanie jej zanotowano tę tylko zmianę, że wysypka zajęła oba przedramiona, dotąd wolne. Wysypka w danym przypadku składała się z rozsianych na skórze bardzo charakterystycznych guzików, nie większych od ziarna soczewicy, o powierzchni bocznej bladoróżowej; z wierzchołka każdego guzika wystawał brudno-żółty lub zielony czop, dający się łatwo wydobyc nazewnątrz; po usunięciu czopa pozostawał krater suchy, o ścianach różowych. Skóra dolnych części kończyn była nadto groszkowana, paznokcie zgrubiałe, kruche, popękane wzdłuż.

Na preparatach skóry tułowia chorobowo zmienionej widać, co następuje: skóra właściwa na miejscu guzika umiarkowanie nacieczona, brodawki na częściach obwodowych guzika oraz pokrywający te brodawki naskórek bujający; naskórek części środkowej guza zmieniony: skórę właściwą pokrywa jedna tylko warstwa komórek słupkowatych, ponad którymi leży czop, składający się ze ściśle ułożonych komórek owalnych, których jądra barwią się hematoksyliną. Są to, według DARIER'a, psorospermie, a według innych zmienione komórki naskórka.

Na innych preparatach, mianowicie skóry stopy, niema zupełnie komórek, któreby mogły uchodzić za psorospermie. Wyniki barwienia preparatów według najrozmaitszych metod dają prawo przypuszczać, że zagadkowe twory, z których się składa część środkowa guziczka, zawierają hyalinę. K. przypuszcza, że twory te są hyalinowo-zwyrodniałymi komórkami naskórka.

7) KOZERSKI przedstawia zbiór stereoskopowych fotografii pacjentów z chorobami skóry i cierpieniami chirurgicznymi oraz opisuje w krótkości sposób otrzymywania takich fotografii.

8) Prof. PRZEWÓSKI demonstruje preparaty anatomo-patologiczne:

a) *ovaria succenturiata s. accessoria*, które mówca spostrzegł w 6 przypadkach, zawsze po stronie prawej; raz jajnik prawy był przewężony i złożony z dwóch części, z których zewnętrzna, wielkości ziarnka grochu, uważa P. za jajnik dodatkowy; w 5 innych przypadkach jajniki dodatkowe leżały przed zewnętrznym końcem prawego jajnika i posiadały wielkość od ziarna konopi do ziarna grochu. Każdy z tych jajników był przyklepiony do *mesovarium* w tem miejscu, gdzie śródbłonek otrzewnej przechodzi w nabłonek jajnika; każdy

z nich posiada na zewnętrznej powierzchni nabłonek słupkowy, pod którym leży gruba warstwa tkanki łącznej włóknistej, a dalej mięsz, złożony z tkanki łącznej, bogatej w komórki wrzecionowate i naczynia, a zawierający stale pewną liczbę pęcherzyków GRAAF'a w rozmaitych okresach rozwoju oraz ciała żółte. Wobec tego należy przypuszczać, że jajniki dodatkowe mogą spełniać taką samą czynność fizyologiczną, jak jajniki prawidłowe.

b) Narządy rodne kobiece z *endosalpingitis tuberculosa* oraz inne narządy tego ośrodku z wtórną gruźlicą prosówkową. Kobieta 22-letnia w 7 miesiącu ciąży zachorowała nagle na chorobę gorączkową z objawami tyfoidalnymi, poroniła, a po pewnym czasie zmarła. Badanie pośmiertne wykazało niezmiernie obfitą gruźlicę prosówkową wszystkich narządów. Jajowody, zgrubiałe i na powierzchni zewnętrznej zaczerwienione, zawierały miękką masę serowatą. Błona śluzowa jajowodów zgrubiała, zaczerwieniona i pokryta znaczną ilością guziczków białoszarych. Badanie drobnowidzowe wykazało we wszystkich narządach obecność świeżych gruzełków, a nadto w jajowodach zmiany dawniejsze w postaci *endosalpingitis tuberculosa*. Z tego powodu cierpienie jajowodów uważa P. za pierwotną sprawę gruźliczą, która się rozpoczęła jednocześnie z ciążą, a następnie wywołała ogólną gruźlicę prosówkową.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI wyraża powątpiewanie w możność przedostania się pasożytów gruźliczych do jajowodów, jako do miejsca pierwotnego zakażenia.

PRZEWÓSKI odpowiada, że w płucach, otrzewnej i innych narządach znajdował tylko bardzo świeże zmiany gruźlicze, a jedynie w jajowodach zmiany te były starsze. Przypadki pierwotnej gruźlicy jajowodów znane są zresztą w kazuistyce anatomo-patologicznej.

Towarzystwa lekarzy prowincjonalnych.

— 3 = 3 —

Sprawozdania z działalności Towarzystwa Lekarskiego m. Łodzi za rok 1897.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 13].

STERLING opowiada o spostrzeganym przez niego przypadku t. z. „błonicy przewlekłej“. Dziecko 4-letnie ma od 2—3 dni brudno-białe naloty, rozrzucone po obu migdałkach; sąsiednia błona śluzowa lekko zaczerwieniona; stan bezgorączkowy, tętno nieprzyśpieszone; gruczoły niepowiększone; ból gardła. Po 2 dniach stan bez zmiany. Po dniach 6 całe podniebienie miękkie, migdałki i tylna ściana gardzieli pokryte jednolitym nalotem szaro-białawym, błona śluzowa w sąsiedztwie w stanie bardzo lekkiego zapalenia, obrzmienie umiarkowane gruczołów podszczękowych, stan bezgorączkowy, objawów ogólnych niema. Po starciu nalotu — obnażona powierzchnia krwawiąca. Badanie bakteriologiczne wykazuje nieswoiste laseczniki, gronkowce, paciorkowce, ziarniaki. Stosowano miejscowo sublimat, półtorachlorek żelaza, azotan srebra, bez skutku w ciągu 4-ch tygodni: nalot na krótki czas ograniczał się, by wkrótce powrócić na całej przestrzeni; dopiero po tym czasie zaczął ustępować i znikł po upływie 6-ju mniej więcej tygodni, od początku sprawy. W kilka dni potem wystąpiło porażenie podniebienia miękkiego. Surowicy nie stosowano, zarówno ze względu na nietypowe objawy miejscowe, brak objawów ogólnych, jak i z powodu ujemnego wyniku badania bakteriologicznego. Porażenie podniebienia miękkiego, jakie przed paru dniami wystąpiło, daje jednak prawo do uważania przypadku spostrzeganego za cierpienie błonicze.

O błonicy przewlekłej pierwszy wspomina CADET de GASSICOURT, pisząc w r. 1873 o „*croup à forme chronique*“, a w r. 1883 o „*diphtherie à forme prolongée*“. HENOCH postać tę uznaje. BARTEZ wprowadza termin „*diphtherie chronique*“. FIŁATOW poświęca tej sprawie obszerny ustęp, nazywając ją „*chroniczeskiej diphtherit*“. SEITZ również kilka przypadków opisuje. Wydany w r. b. tom 1 *Traité de med. de l'enfance*, GRANCHER-COMBY-MARFAN, wspomina również o „*diphtherie prolongée ou chronique*“. Postać tę wyodrębniono w okresie przed-bakteryologicznym. Jedyne przypadki błonicy przewlekłej, w którym stwierdzono laseczniki LOEFFLER'a, opisali LEGENDRE i POUCHON (*Soc. med. des hôp.* 1895. Grudzień).

Błonicę przewlekłą wyróżnia: początek bez gorączki lub z nader nieznaną [niżej 38° C.] gorączką, brak objawów zakażenia ogólnego, trwanie ponad 4 tygodnie. Czy obserwowano już porażenia po błonicy przewlekłej—nie wiem.

PRZEDBORSKI nie uznaje formy *diphther. chron.* Dyfteryt istnieje tylko w razie obecności laseczników LOEFFLER'a, przebiega zawsze z gorączką i ma charakter ostry; forma ta nie jest też uwzględnioną w najnowszych podręcznikach laryngologii. Porażenia zdarzają się, jak mówi SCHMIDT i przy *angina follic.* Wreszcie P. przypuszcza, że przypadek opisany mógł należeć do *angina mycotica*.

S. odpowiada: 1) SCHMIDT pisał swój podręcznik w r. 1894; wspomniane przezeń porażenia po zwykłym zapaleniu gardzieli mogły być porażenia po błonicy bez nalotów, której to postaci do niedawna nie znano; zresztą rozpoznanie w przypadku omawianym nie tylko na wystąpieniu porażenia się opiera. 2) Stanowczo uznawane są przypadki błonicy, przebiegające bez gorączki. 3) I to być może, że błonicowa pierwotnie sprawa podtrzymywaną w dalszym ciągu jest przez inne zakażenie; całość jednak nosi kliniczną nazwę błonicy przewlekłej. 4) Nie wiem, jak się na tę sprawę zapatrują laryngolodzy, sprawę znam z podręczników pedyatryi.

W dyskusyi przyjmowali udział jeszcze: PINKUS, RUNDO i inni.

PINKUS rozpatrzył różne stosunki natężenia objawów chorobowych i ciężkości przebiegu cierpienia do ważności sprawy chorobowej i rodzaju jej ukończenia w danych przypadkach, poczem przypomniał różne formy kliniczne zapalenia gruczliczego opon mózgowych i że u dorosłych cierpienie to przeważnie przebiega nietypowo.

Jako ilustrację niestosunku objawów i przebiegu cierpienia do ciężkości takowego i zejścia śmiertelnego zakomunikował przypadek zapalenia gruczliczego opon mózgu, skonstatowanego przy oględzinach pośmiertnych tego narządu u 28-letniego chorego. Chorego tego obserwował w lecznicy swojej od 28. II. do 19. III. r. b., t. j. od przybycia do zakładu pacjenta do śmierci jego.

Zaniemógł on 15. II, pozostawał w łóżku od 20. II.

Od 20. II do 10. III, t. j. przez 18 dni: osłabienie, ból głowy [na który nie bardzo chory się uskarżał], nieznaczne powiększenie śledziony, ból w dole biodrowym prawym przy nacisku i kruczenie, ciepłota 37,7°—38,4°, tętno 82—88 zwykłych własności, oddechanie normalne. Rozpoznanie: tyfus brzuszny, lekki.

Dnia 10. III *purpura n. abducentis sin. i facialis sin. infer.* Rozpoznanie zakwestyonowane. Próba WIDAL'a [1: 10] dała ujemny rezultat. Przypuszczano influencję.

Od 10—15. III, t. j. przez 5 dni, chwilowo choreatyczne ruchy lewej ręki, następnie brak odruchów kolanowych, objaw KERN'a, wreszcie *pappillitis* obu stronnie [nie jednakowo wyrażona]. Na ból głowy chory nie uskarżał się, ciepłota 37,6°—38,4°, tętno 80—88 zwykłych własności, jak i oddechanie.

Od 16—18. III, t. j. przez 3 dni nieprzytomność, ruchy niespokojne kończyn górnych, to przykurczenia w nich, wreszcie *sopor* i *coma* ciepota 37,6°—38,5°, tętno 80—88, regularne, jak i oddechanie.

Dnia 19. III tętno nader przyspieszone, oddechanie typu CHEYNE-STOKES'a; wieczorem śmierć przy objawach ogólnego porażenia.

Przy tej sposobności poświęcił kilka słów leczeniu zapalenia gruźliczego opon mózgu. Leczenie terapeutyczne, mimo że w literaturze wzmiankowane są pojedyncze przypadki wyleczenia, nie odnosi znaczniejszego skutku. Interwencja chirurgiczna wprawdzie też poszczycić się nie może dobrym rezultatem, sprowadza przecież polepszenie na czas krótszy lub dłuższy, przynosząc ulgę ciężko cierpiącym. Pod tym względem zaleca się najbardziej *punctio lumbalis*, łatwiejsza do wykonania od innych sposobów operacyjnych, stosowanych przy cierpieniu, o którym była mowa.

DONCHIN przedstawia 44-letniego mężczyznę „z przepukliną pachwinową niezwykłej wielkości“. Moszna, wypełniona jelitami, przedstawia guz podłużnie owalny, sigający kolan, w którym mogłyby się zmieścić wszystkie trzewa brzuszne; guz ten daje na całej przestrzeni odgłos bębnowy. Narządów płciowych wzrokiem zupełnie nie można rozróżnić; na przedniej powierzchni guza, w dolnej części widać nieco wystający guz wtórny, wielkości połowy jajka kurzego, jest to jądro prawe; w lewej stronie guza można wyczuć pod skórą lewe jądro, *penis* ledwie wyczuć można pod skórą w górnej części guza, mniej więcej w środku przedniej powierzchni widać fałdę skóry, przez którą chory oddaje moc.

KOLIŃSKI mówił o ważniejszych rozprawach z dziedziny oftalmologii, jakie miały miejsce na kongresie w Moskwie: tyczyły się one bakteriologii spojówki i rogówki [UTHOF], trachomatu, operacyjnego leczenia krótkowzroczności i stosowania wstrzykiwań pod łącznicę rozmaitych środków [między innymi *extr. corporis ciliaris* wołu, surowicy przeciwbłoniczej] przy najrozmaitszych cierpieniach oka.

PRZEDBORSKI mówił o ważniejszych kwestjach z dziedziny laryngologii, poruszonych na zjeździe w Moskwie; były to mianowicie: leczenie gruźlicy krtani i ropni zatok nosowych [chirurgiczne leczenie obu tych cierpień ulega coraz bardziej ograniczeniu], i *ostrophagoscopia*, mająca ważne znaczenie rozpoznawcze, a przy ciałach obcych i terapeutyczne.

KAUFMAN. „Obecny stan nauki o zakażeniu tryprawem u kobiet“. [Medycyna. 1897].

STERLING. „Zakażenie rzeżączkowe w etyologii chorób wewnętrznych“. [Gaz. Lek. 1897].

PRZEDBORSKI mówił „O przypadku histeryi, symulującym ogniskowe cierpienie mózgu“.

RZĄD mówił o „*Colitis membranacea*“.

LOHRER mówił „o sekcji, dokonanej nad mężczyznę zmarłym wskutek uderzenia w głowę spadającą cegłą“.

STEINBERG czytał: „O leczeniu *spondylitidis* metodą CALOT'a“.

STERLING. „Maść salicylowa przy gościu“. [Medycyna. 1897].

ROSENTHAL wygłosił odczyt: „O przypadkach tyfusu brzuszego, obserwowanych w ciągu ostatnich 9 miesięcy w szpitalu Poznańskich“.

RZĄD. „O cuceniu noworodków“. [Nowiny lek. 1897].

KOLIŃSKI przedstawił chorą, 21 lat liczącą, która od kilku tygodni zaczęła doznawać zaburzeń wzrokowych w prawem oku; siła widzenia obecnie zredukowaną jest do *minimum* przy zewnętrznym zdrowym wyglądzie oka. Oftalmoskop wykazuje wągra — *cysticercus cellulosae*, t. j. bąblowca *taeniae solium*; który, przedziurawiwszy siatkówkę, sterczy w ciełe szklistem. Dokła-

dnie można widzieć pęcherzyk, szyjkę, główkę z przyssawkami i haczykami i ruchy główki.

Rząd przedstawia chorą z rakiem nabłonkowym twarzy, którą leczy za pomocą miejscowego stosowania *acidi arsenicosi*; o rezultacie dotychczas przesądzać nie można.

PINKUS, jako „Przyczynę do kwestyi cucenia noworodków“ w stanie pozornej śmierci, komunikuje przypadek ze swej praktyki w Mławie, z przed laty 15. Wezwany do rodzącej, której ostatnią ciężę poprzedził cały szereg poronień, znalazł wypadnięcie sznurka pępkowego, słabo tętniącego, przy poprzedzającej główce. Ponieważ odprowadzenie sznurka nie odniosło skutku, ukończono poród przy pomocy kleszczy. Noworodek okazał się bardzo dobrze rozwiniętym, ale bez widocznych znaków życia, cały siny, bez tętna, zdawało się jedynie, że się słyszy słabe tony serca. Zwykle sposoby cucenia w ciągu pół godziny pozostały bez skutku. Wtedy P. wpadł na myśl zastosowania sposobu nie wzmiankowanego w ówczesnych podręcznikach akuszeryi, mianowicie faradyzowanie nerwów przeponowych. Jedną elektrodę przyłożył nad obojczykiem, przy zewnętrznym brzegu *musculi sterno-cleido-mastoidei*, drugą na wyrostku mieczykowatym mostka, przyczem po upływie 2 minut zaróżowiło się ciało noworodka, wnet pojawiła się czkawka i wreszcie krzyk po 10-minutowem ledwie stosowaniu prądu z przerwami. Odtąd noworodek oddechał prawidłowo. Nie zajmując się akuszeryą, P. nie miał możności powtórnego stosowania omówionego sposobu, nie wiadomo mu również, czy i co o nim mówią nowsze podręczniki akuszeryi. Jednakże skuteczność tego sposobu w jego przypadku, ze względu na naoczność i szybkość działania i, jak przypuszczać należy, bezpieczeństwo dla noworodka, skłania P. do zachęcenia kolegów do wypróbowania tego sposobu, zwłaszcza w większych miastach, w których prędkie sprowadzenie przyrzędu indukcyjnego nie przedstawia chyba trudności.

KAUFMAN przedstawia „łożysko dwudzielne (*placenta bipartita*)“. Składa się ono z dwu nierównej wielkości [10×12 i 12×15] zupełnie oddzielnych części. Miejscem przyczepu pępowiny są błony (*insertio velamentosa*) pomiędzy obydwoma częściami łożyska, bliżej jednakże większego kawałka. Naczynia pępowiny rozszczepiają się przy zetknięciu z błonami i rozchodzą do odpowiednich części łożyska. Powstanie takiej postaci łożyska tłumaczy się najlepiej przypuszczeniem ANPFELD'a, że ma ono miejsce wtedy, gdy jajo płodowe usadowiło się w jednym z boków macicy, t. j. w takim miejscu, w którym błona doczesna jest zwykle słabo rozwinięta. Wskutek tego kosmki na przedniej i tylnej ścianie macicy rozwijają się należycie, podczas gdy pośrodku ulegają zanikowi.

SŁUŻEWSKI odczytał rzecz p. t.: „O źródłach elektryczności, stosowanych w medycynie, w szczególności zaś o prądach indukcyjnych szybko przerywanych o wysokiem ciśnieniu“. Wspomniawszy o maszynie do elektryczności statycznej, o baterji galwanicznej i o prądach indukcyjnych wogólności, jako o źródłach elektryczności dla t. zw. franklinizacyi, galwanizacyi i faradyzacyi, przedstawił transformator TESLI, t. j. przyrząd, zmieniający prąd indukcyjny zwykłej cewy w prąd szybko przerywany o wysokiem napięciu i objaśnił własności fizyczne i fizjologiczne tych prądów: nie wpływają one na wskazówkę galwanometru, wywołują świecenie w niepołączonych z prądem, a znajdujących się tylko w bliskości rurkach GEISLER'a lub innych rurach o rozrzedzonym powietrzu; nie wywołują też żadnych skurczów mięśniowych i wogóle nie odczuwa się ich wcale, gdy przebiegają przez organizm, jakkolwiek ilość elektryczności jest dostateczną nawet do zabicia organizmu przed przejściem przez transformator.

KRUSCHE mówił „O szwie kiszki“, rozbiegając rozmaite rodzaje takowego [CZERNY-LEMBERT'a ULMAN'a i inne], a także o sposobach połącze-

nia przeciętych kiszek za pomocą guzika MURPHY'ego i stożków z rozmaitych eiał miękkich, poczem wspomniał pokrótce o przypadkach operowanych przez niego rozmaitymi sposobami.

GROSGLIK czytał: „O temperaturze mózgu“.

Komitet higieniczno sanitarny odbył 8 zwyczajnych i 1 nadzwyczajne posiedzenie. Rozstrząsano następujące kwestye:

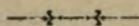
PINKUS: a) program komitetu, b) o mapie topograficzno-sanitarno-epidemiologicznej m. Łodzi, c) zbieranie danych o chorobach zakaźnych, d) pogotowie ratunkowe w Łodzi [projekt], e) o ruchu chorych zakaźnych w Łodzi w październiku i listopadzie 1897.

BIRENCEWIG. O stanie basenów do wody w domach [prywatnych w Łodzi.

STERLING. O kąpielach przy fabrykach.

Komitet uchwalił: 1) Zbieranie danych o chorobach zakaźnych. 2) Konieczność urządzenia pogotowia ratunkowego w Łodzi, 3) Konieczność rewizji zbiorników do wody. 4) Zwrócić się do sekcji technicznej o współdziałanie w opracowaniu typu kąpeli przy fabrykach. Wprowadzono w czyn: 1) zbieranie danych, dotyczących się chorób zakaźnych, 2) rewizję basenów.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY REDAKTORZE!

W Nrze 11 Gazety Lek. zamieszczoną została notatka kol. K. STRÓŻEWSKIEGO p. t.: „Ciekawy przypadek histeryi, symulującej organiczne cierpienie rdzenia“. Przypadek, podany przez kol. S., jest w samej rzeczy bardzo ciekawy i ze względu na zbiór objawów należy do niezwykle rzadkich, ale, zdaniem mojem, pojmowany być powinien nieco inaczej, aniżeli go przedstawił szan. autor, dla tego ośmielam się w kwestyi tej głos zabrać.

Jeden z najważniejszych argumentów, który autor, gwoli poparciu swego rozpoznania, przytacza, brzmi, jak następuje: „brak zupełny zaburzeń czuciowych, niezwykła wiotkość mięśni, hypotonia, brak odruchów kolanowych obok silnego *clonus pedis* i *epilepsia spinalis* wprost nie pozwalały na umiejscowienie cierpienia w jakiejkolwiek części rdzenia“. Otóż tak nie jest; podobny zbiór objawów niejednokrotnie już w cierpieniach rdzeniowych bywał spostrzegany i z wielką dokładnością w rdzeniu umiejscowionym być może. ERB i WESTPHAL, autorowie, którym zawdzięczamy odkrycie odruchów ścięgnistych, już w pierwszych swych pracach z r. 1875-go wspominają o przypadkach, w których brak odruchów kolanowych łączy się z silnym *clonus pedis*. Przypadek ERB'a dotyczy chorego z *kyphosis* części lędźwiowej kręgosłupa, *gibbus* odpowiadał 1—2 kręgowi lędźwiowemu; E, pisze o nim: „*Reflexclonus bestand in ausgezeichneten Maasse, dagegen war von den ligamentum patellae und den Adductorensehnen der Reflex in keiner Weise hervorgerufen*“. Chory WESTPHAL'a po upadnięciu na krzyż dotknięty został paraplegią; u niego również otrzymywano wyraźny *clonus* (*exquisiter Fussphänomen*), m. *quadriceps* zaś odruchu nie dawał. Toż samo w nowszych czasach spostrzegali MENDEL i BUZZARD w rozsianem stwardnieniu narządów ośrodkowych (*sclerosis multiplex*) i OPPENHEIM w spastycznym porażeniu rdzeniowem (*paralysis spinalis spastica*) i w następstwie uszkodzenia kręgosłupa.

Na podstawie danych o lokalizacyi w rdzeniu można łatwo współlistnienie dwóch powyżej wymienionych objawów wytłómaczyć: ośrodek odruchu kolanowe-

go bowiem mieści się na wysokości 2-go, 3-go i [być może] 4-go odcinka lędźwiowego, ośrodek zaś odruchu ze ścięgna *ACHILLES*A położony jest niżej w odcinku 5-ym lędźwiowym i 1-ym krzyżowym. Ognisko, tu umiejscowione, znosi zatem odruch ze ścięgna *ACHILLES*A, pozostawiając odruch kolanowy nienaruszonym. Odwrotnie zaś, ognisko położone w górnej części lędźwiowej powoduje zniknięcie tego ostatniego odruchu, podczas gdy odruch ze ścięgna *ACHILLES*A nie tylko zostaje zachowany, ale wskutek odcięcia torów tamujących (*reflexhemmende Bahnen*), które do ośrodka tego wpływają z ośrodków wyższych mózgowych, znacznie się wzmacnia: tym sposobem powstaje w tych razach *clonus pedis*, lub nawet, jak w przypadku kol. S., *epilepsia spinalis*.

Umiejscowienie podobne — w górnej części lędźwiowej rdzenia—doskonale również tłómaczy inne objawy, w przypadku kol. S. spostrzegane: wiotkość mięśni (*hypotonia*), zaburzenia przy oddawaniu moczu z szybkim wystąpieniem *cystitidis*, wreszcie odleżyny; w przypuszczeniu histeryi każdy niemal z tych objawów stanowi sam przez się *curiosum*. Dla różniczkowego rozpoznania mogłoby mieć wielkie znaczenie elektryczne badanie mięśni; zupełne pominięcie tej tak ważnej metody dyagnostycznej wobec nasuwających się wątpliwości jest dla mnie rzeczą wprost niezrozumiałą.

Brak zaburzeń czuciowych dowodzi, że nie wszystkie części przekroju poprzecznego rdzenia zostały jednakowo cierpieniem dotknięte; lub przynajmniej w czynnościach swych zawieszono. Wiadomo zresztą, że w *myelitis transversa* zaburzenia czucia zawsze są znacznie słabiej wyrażone, aniżeli objawy ruchowe. W danym przypadku zaś mamy inne jeszcze wskazówki na to, iż cierpienie nie rozwinęło się w jednej mierze na całym przekroju rdzenia: wcześniejsze wystąpienie niedowładu i silniejszy stopień tegoż po stronie lewej, utworzenie się odleżyny na tejże samej stronie oraz brak lewego odruchu brzuszno-żołądkowego dowodzą bowiem, iż lewa połowa rdzenia bardziej została dotknięta. Ten ostatni objaw [brak odruchu brzuszno-żołądkowego] wskazuje również, że po tej stronie ognisko sięga wyżej, aż do dolnych odcinków grzbietowych.

Co się tyczy natury danego cierpienia, to wobec podostrego początku [w ciągu dwóch tygodni], momentu etiologicznego, chora zziębła na przechadzce, wreszcie wobec pomyślnego zejścia rozpoznać możemy *myelitis subacuta circumscripta*. Kol. S. utrzymuje, że „rozpoznanie w danym przypadku wyłącznie histeryi stwierdzonem zostało wynikiem leczenia“. Na czem leczenie polegało, nie znajdujemy w notatce żadnej wzmianki. W każdym razie wynik ostateczny — wyzdrowienie po upływie 5-iu miesięcy od pojawienia się pierwszych objawów—również dobrze, a może nawet lepiej jeszcze [powolna, stopniowa poprawa] zgadza się z rozpoznaniem *myelitis subacutae*.

Jedynym objawem, który w danym przypadku przypisany być może histeryi, jest brak odruchów z błon śluzowych: w tym względzie zgodzić się można w zupełności z autorem, który się powołuje na to, że w wieku dziecięcym — chora miała lat 10 — histerya bywa często „monosymptomatyczna“. Wszystkie inne objawy — paraplegia, anomalie odruchów ścięgnistych, zaburzenia pęcherza moczowego, *decubitus*—nie miały z histeryą nic do czynienia, gdyż były niewątpliwie pochodzenia organicznego.

Racz przyjąć, Szanowny Redaktorze, wyrazy mego wysokiego szacunku i poważania.

E. Bregman.

W odpowiedzi na powyższy list kol. Bregmana załączam następujące wyjaśnienie.

Kol. B. robi mi zarzut, iż nie wspomniałem, na czym polegało leczenie, lecz pomimo to pisze, że poprawa następowała powolna, stopniowa w ciągu 5 miesięcy. Otóż dodać muszę to, czego nie umieściłem w notatce, nie chcąc jej zbytnio wydłużać, że początkowo przemywano chorej pęcherz, następnie zaś zaczęliśmy chorą elektryzować maszyną statyczną i wtedy nastąpiła poprawa, lecz nie powolna, tylko szybka; chora już po kilku posiedzeniach wykonywała wszystkie ruchy kończynami, mogła siadać swobodnie, pozostały tylko *astasia* i *abasia*, które po kilku tygodniach też zniknęły i chora po 3 [a nie po 5] miesiącach była zdrowa, a po 4 miesiącach opuściła oddział. Co zaś do zaburzeń pęchlerzowych u histeryczek, to te nie należą, jak chce kol. B. do *curiosów*, przeciwnie nie rzadko je spostrzegamy na oddziale D-ra GAJKIEWICZA. O metodzie elektrodyagnostycznej nie zapominaliśmy, przeciwnie stwierdziliśmy podczas każdego posiedzenia, że mięśnie doskonale się kurczą. Brak odruchu brzusznoego z jednej strony lub z obu stron spostrzegamy bardzo często u histeryczek; według statystyki, jaką ogłosiłem w roku zeszłym, zaburzenia owe wynoszą 55%. Mojem zdaniem, byłoby to wielkiem *curiosum* rozpoznanie w naszym przypadku: *myelitis subacuta circumscripta*, któraby dotknęła tylko sferę ruchową na takiej dużej przestrzeni [istniało porażenie kończyn dolnych i mięśni tułowia, chora nie mogła ani siadać, ani przewracać się z boku na bok] i zniknęła, nie pozostawiając żadnych śladów po sobie.

K. Stróżewski

Wiadomości bieżące.

— W Nrze 13 „Przeglądu Lekarskiego“ czytamy: „W sprawie obsadzenia katedry okulistyki w uniwersytecie lwowskim uchwalił wydział lekarski następująco: KAMOCKI i RUMSZEWICZ na pierwszym miejscu i *ex aequo*; MACHEK na drugim SROCYŃSKI na trzecim miejscu“.

— Kol. ZDZISŁAW DMOCHOWSKI po publicznem obronieniu rozprawy: „Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie Hignior'a“ otrzymał w tutejszym uniwersytecie stopień doktora medycyny.

— Kol. STANISŁAW NIEDZIELSKI, który sumienną i umiejętną pracą i taktownem wychodzeniem z chorymi wyrobił sobie zasłużone uznanie, pełniąc przez lat kilkanaście obowiązki ordynatora zakładu leczniczego w Nowem Mieście, z d. 15 kwietnia r. b. obejmuje kierownictwo zakładu wodoleczniczego „Goplana“ w Ojcowie.

— Rodzina Morozowych w Moskwie ofiarowała 200,000 rubli na założenie szpitala dla chorych, dotkniętych rakiem.

— Budżet Rady miejskiej dobroczynności publicznej (*assistance publique*) w Paryżu wynosi przeszło 51 milionów franków dochodu i tyleż rozchodu.

— Ostatnimi czasy coraz częściej pojawiają się książki, traktujące wyłącznie o leczeniu chorób skórnych i wenerycznych. Mają one znaczenie czysto praktyczne, a rozmiary ich bywają nieraz bardzo znaczne. Jedną z takich książek jest wydana w roku bieżącym LEDERMANN'a „*Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten für practische Aerzte*“. Berlin. 1898. str. 159. Verlag von OSCAR COBLENTZ. Książka ta w części ogólnej podaje środki używane do wewnątrz przy leczeniu chorób skóry, oraz metody leczenia zewnętrznego, jako to: kąpielami, masażem, maściami, plastrami, mydlami i t. d., dając jednocześnie cenne wskazówki praktyczne co do przygotowywania maści, plastrów i t. p. oraz całkowite formuły. W części specjalnej znów znajdujemy w alfabetycznym porządku wszystkie środki, stosowane w chorobach skóry, zwięzły opis ich działania, stosowanie lecznicze i formuły, w jakich je przepisywać należy. Dalej w części tej L. pomieścił dział lecze-

nia, ale tylko leczenia, ważniejszych i częstszych chorób skóry i chorób wenerycznych [w alfabetycznym porządku], również bardzo treściwie przedstawiony. Jako podręcznik praktyczny książka ta zasługuje na uwagę lekarzy tak ze względu na treść, jak i jasne i zwięzłe przedstawienie rzeczy.

— Mocą uchwały komitetu przygotowującego VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w dniach 12, 13 i 14 lipca roku bieżącego urządzoną będzie podczas Zjazdu wystawa przyrodniczo-lekarska. Wystawa będzie miała następujące oddziały: I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat dziesięciu. II. Hygiena. 1) Ogrzewanie. 2) Oświetlenie. 3) Wentylacja. 4) Wodociągi i kanalizacja. 5) Łazienki. 6) Dezynfekcja. 7) Gimnastyka lecznicza i t. d. 8) Odzienie. III. Nauka lekarska: 1) Anatomia. 2) Fiziologia. 3) Psycho-fiziologia. 4) Patologia a) ogólna, b) szczegółowa. 5) Środki farmaceutyczne. 6) Seroterapia i serodiagnostyka, organoterapia. 7) Narzędzia chirurgiczne [ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystyka i t. d.]. 8) Elektroterapia i elektrodiagnoza [ROENTGEN]. IV. Środki spożywcze i odżywcze: 1) Przetwory mięsne. 2) Przetwory mleczne. 3) Przetwory mączne. 4) Konserwy. 5) Napoje alkoholiczne. 6) Napoje bez alkoholu. V. Balneologia: 1) Wody mineralne. 2) Sole, ługi, borowiny i zioła kąpielowe. VI. Bakteriologia: 1) Lekarska. 2) Rolniczo-przemysłowa. VII. Nauki przyrodnicze: Botanika, Zoologia i paleontologia. 3) Mineralogia i geologia. 4) Fizyka. 5) Chemia. VIII. Antropologia i etnografia. Uprasza się wobec tego wszystkich interesowanych, ażeby jak najliczniej i najobficiej wystawę obesłać raczyli, a tem samem przyczynili się do uświetnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa. Zgłoszenie osobiste lub piśmienne uprasza się przesłać najpóźniej do 1 czerwca roku bieżącego na ręce p. D-ra DROBNIKA, Poznań, Św. Marcina, Nr. 39.

Na życzenie wysłała się drukowane warunki i przepisy dla wystawców.

Komitet wystawowy odbywa obecnie co tydzień regularne posiedzenia. Zgłaszający się mogą więc liczyć z pewnością na rychłą odpowiedź.

W imieniu sekcji wystawowej:

D-r Tomasz Drobnik.

Witold Zakrzewski,
inżynier.

— **Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych**, ogłasza, że z zapisu D-ra JANA BĄCZEWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienia testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną 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 informacye 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.

— **Zmarli:** w Wilnie w 80 r. życia D-r JULJAN TITJUS, honorowy prezes Towarzystwa lekarzy wileńskich, jeden z ostatnich wychowañców Akademii Wileńskiej; w Warszawie JÓZEF HOŁOWNIA, lekarz miejski; w Tworkach STANISŁAW BACZYŃSKI, b. asystent kliniki dyagnostycznej w Warszawie.