

MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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 Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego istotne i wrzekome. (Paralysis et pseudoparalysis m. serrati antici majoris). Napisał M. Biro. (Dokończenie). — Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii. Podał d-r L. Bregman. (Ciąg dalszy). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 21 października r. b. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. D-r med. T. Heiman. Choroby narządu słuchowego. Z IV zjazdu międzynarodowego ginekologów w Rzymie. (Ciąg dalszy). — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Biro — Sur la paralysie réelle et apparente du muscle grand dentelé. 2) D-r L. Bregman — Observations cliniques sur la syringomyelie

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r M. Biro — Ueber die thatsächliche und scheinbare Paralyse des M. serratus anticus major. 2) D-r L. Bregman — Klinische Beobachtungen ueber Syringomyelie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschan — str. Krak-Przedm. 7.

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

PORAŻENIE MIĘŚNIA ZĘBATEGO PRZEDNIEGO WIELKIEGO

istotne i wrzekome.

(*Paralysis et pseudoparalysis m. serrati antici majoris.*)

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego d. 21 października 1902 r.

Napisał

MAKSYMILIAN BIRO.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 48).

Odróżnienie obu tych form ograniczonych od zaników mięśniowych pochodzenia rdzeniowego lub myopatycznego, jakie czasami spostrzegać się dają na większym obszarze mięśni w obrębie łopatki, nie przedstawia dużych trudności. Nie wolno jednak zapominać, że takie pomyłki są możliwe, jak widać z drugiego przypadku WIESNER'a, przypadku, który autor uznał pierwotnie za porażenie mięśnia zębatego, a w następstwie sam spostrzegł, że

cierpienie tego mięśnia było częścią obrazu zaniku mięśnia postępującego. Może być, że taki był również przypadek CEJKI. Iż przypadki zaniku mięśni postępującego mogą zaczynać się od jednego mięśnia, nie jest rzeczą nową. Tkwi mi w pamięci przypadek taki, który miesiałyca całe przedstawiał wyłącznie obraz zaniku w obrębie mięśnia podgrzebieniowego. Może się też stać odwrotnie: do obrazu zaniku postępującego mięśni ogólnego może się wpleść zanik mięśnia zębatego wielkiego przedniego, zupełnie od niego niezależny, i tylko dalszy przebieg cierpienia jest w stanie świadczyć o niezależności, oddzielnem tle, a zatem i innym rokowaniu dla obu tych spraw. Dowodem tego może być już cytowany powyżej przypadek KAUFMANN'a. Daleko mniej trudności przedstawia odróżnienie cierpienia mięśnia zębatego przedniego wielkiego od porażenia dziecięcego (*poliomyelitis anterior*), przy którym rzadko zachodzi porażenie mięśnia zębatego wielkiego przedniego, a które nigdy się nie zjawia bez współdziałania innych mięśni sąsiednich, jeśli już pominiemy wiek, w którym cierpienie to najczęściej się zaczyna, i znaczne zaburzenia oddziaływania elektrycznego.

Jakkolwiek czyste porażenia mięśnia zębatego przedniego wielkiego są rzadkie, i trudno jest niekiedy wydzielić tę formę z pośród obrazu szerszego, nie ulega wątpliwości już z powyższego, że się zdarzają i to nawet częściej, niż dawniej przypuszczano. Istnienie takiej postaci nasuwa przypuszczenie, że chyba są specjalne po temu warunki. Było już wspomniane, że główną przyczyną powstawania takiego cierpienia są osobliwe warunki anatomiczne. Nerw klatkowy długi, unerwiający mięsień zębaty przedni wielki, może łatwo zostać uszkodzony ze względu na ułatwiony do niego dostęp w pewnych miejscach wpływów zewnętrznych. Do miejsca o 2,5 cm. ponad granicą dla trzeciej części obojczyka zewnętrznej i średniej dostęp jest zazwyczaj łatwy. Gdy nerw leży wśród tkanki luźnej, niezbitiej, nigdy nie może on uleść tylu uszkodzeniom, co nerw, leżący pośród tkanki twardej, a taką wszak jest kość lub mięsień w stanie skurczu. Z tego poza innymi względami częste są cierpienia nerwu trójdzielnego, nerwu twarzy, wreszcie nerwu klatkowego. Cierpienia pierwszych dwóch są względnie częstsze, ponieważ nerwy te są otoczone tkanką niepodatną, zbitą, kostną, cierpienie mięśnia zębatego rzadsze, ponieważ nerw przechodzi przez mięsień. Z tego powodu szarpnięcie (BRODMANN) przy wysiłku mięśniowym może spowodować porażenie, dlatego ma się ono zdarzać u żniwiarzy (HECKER), u szewców, ślusarzy (JOBERT), u powroźników (HELBERT), u słabych osób nawet nieliczne razy wykonane uniesienie ramion (BERNHARDT). Że mechaniczne, niezbyt znaczne powody spowodować mogą to cierpienie, świadczy częstsze występowanie cierpienia u mężczyzn, niż u kobiet, i przeważne ukazywanie się po stronie prawej w przypadkach, w których nie można odnaleźć czynnika infekcyjnego. Znaczne uszkodzenie mechaniczne tembardziej chorobę tę może wywołać. To też spowodował je ucisk (WIESNER, BERNHARDT), uderzenie w daną okolicę (VELPEAU, NEUSAHLER), cięcie nerwu i to w rozmaitych jego odcinkach, bądź to na linii pachowej przedniej, jak to miało miejsce w przypadku JOLLY'ego, lub w jamie nadobojczykowej nieco ponad obojczykiem, jak w przypadkach STEINHAUSEN'a i poliklinicznym. W pewnych razach szukano powodu do cierpienia w urazie i jednoczesnym przeziębieniu (VELPEAU). Nawet samo przeziębienie miało w niektórych przypadkach wywoływać to cierpienie (CEJKA, MARCHESSEAUX i HELBERT) ze względu na łatwy dostęp do okolicy szyi lub barku wpływów atmosferycznych. W ostatnich czasach z pewnym niedowierzaniem słuchamy o przeziębieniu,

jako przyczynie choroby. I na tym punkcie objawia się stała zasada, według której myśl ludzka walczy i naprzód kroczy. Nowa idea z fanatyzmem usuwa starą, jak stara z zaślepieniem nowej nie dopuszcza, a z czasem okazuje się, że obie nie były bez słuszności. Jeśli stan ciepłoty, już pomijając inne czynniki atmosferyczne, może wywrzeć na nas wpływ dobroczynny, i na tem się opieramy, stosując pewne zabiegi (kąpiele, okłady), jeśli pewne wahania ciepłoty również mają znaczenie terapeutyczne (natrysk szkocki), to nie można przypuścić, aby czynniki atmosferyczne, którym bezustannie w życiu podlegamy, mogły pozostać bez wpływu. Zapewne, że istniała przesada w przypisywaniu tym czynnikom wszechpotężnego działania, i z tą przesadą walczyć należy, po za tem trudno przypuścić, aby same wpływy atmosferyczne do powstania chorób wystarczały. Najprawdopodobniej są one tylko warunkami, dogodnymi do bujania pasorzytów, których o sprowadzenie choroby posądzamy. Przy danem cierpieniu mogą one słusznie odgrywać rolę współczynników, ponieważ okolica szyjowa jest łatwo dostępna wpływom atmosferycznym (przemoczeniu, oziębianiu i t. d.). Rzecz oczywista, że, wskazując na przeziębienie, jako na moment etiologiczny, często omawiamy naszą nieświadomość. Gdy wysiłek fizyczny sam przez się wydaje się niewystarczającym do wywołania choroby mięśnia zębatego, mówimy jeszcze o współczynniku przeziębienia (FÜHRER). Pomijamy go natomiast, jeśli po za wysileniami mięśniowymi znajdujemy chociażby czynniki toksyczne, jak pragnie uzasadnić PLACZEK etiologię cierpienia u pewnego chemika. Jak trudno jest jednak z nieznaczną chociażby pewnością obstawać za poszczególnym czynnikiem etiologicznym, dowodzi ten sam przypadek PLACZEK'a. Pacjent jego był chemikiem, miał więc do czynienia z przetworami, może szkodliwymi dla zdrowia, po za tem wykonywał nadmierne ćwiczenia mięśniowe, wreszcie zachorował po cierpieniu gorączkowym, a chorobom gorączkowym, infekcyjnym przypisują duże znaczenie w tem cierpieniu. Widywano je po tyfusie (BERGER, BÄUEMLER, NOTHNAGEL, FRIEDHEIM), po influenzy (BERNHARDT), po gościec stawowym ostrym (HAGEN, BERNHARDT), po błonicy. Że należy być ostrożnym w łączeniu cierpienia z przebyłą chorobą zakaźną, nie trzeba chyba udawadniać, i warto się zastanowić, czy tyfus, przebyty dwa miesiące przed porażeniem, jak to miało miejsce w przypadku BÄUEMLER'a, może być poważnie traktowany, jako istotna przyczyna choroby mięśnia zębatego. Przyczyna wielu przypadków porażenia mięśnia zębatego pozostaje chyba niewiadomą, słusznie tedy STEINHAUSEN dzieli czynniki etiologiczne 57 przypadków na trzy działy. Przyczyny mechaniczne mają zachodzić w większości, bo w 63%; infekcyjne w 21%, a 16% pozostaje z etiologią niewiadomą. Te stosunki liczbowe, wykazujące przewagę przypadków, powstałych na drodze mechanicznej, tłumaczą, dlaczego najczęściej zachodzą porażenia jednostronne, a nadzwyczaj rzadko (SPERLING) dotyczą mięśnia prawo i lewostronnego. Czynniki chemiczne, włącznie z toksycznymi, jako też termiczne, mogłyby działać na obie strony, jakkolwiek taka możliwość nie jest bezwzględna. Liczne cierpienia infekcyjne lub powstałe przy współdziałaniu czynników atmosferycznych, zajmują często tylko jedną stronę ciała (zapalenie opłucny, porażenie twarzy i t. d.). Widocznie obok danego momentu zewnętrznego potrzebny jest jeszcze czynnik usposabiający w postaci mniejszej chociażby odporności danej części. Ta zmniejszona odporność tłumaczy poniekąd powstawanie danego cierpienia u pewnych osobników po wysiłkach mięśniowych.

W pewnej zależności od momentu etiologicznego oraz tła znajduje się rokowanie. W razie cierpienia czynnościowego, jakie przedstawia pierwszy przypadek polikliniczny, rokowanie powinno być dobre. Zapewne, że oprócz etiologii trzeba wziąć pod uwagę natężenie cierpienia (porażenie zupełne lub niedowład), jego rozmiary (porażenie całego mięśnia lub części jego oddzielnych) i trwanie choroby. Wyleczenie względne ma według STEINHAUSEN'a zjawiać się w 23,8%, a zupełne w 16% przypadków. Jakkolwiek w lek- kich stanach cierpienia mięśnia zębatego następuje poprawa po 4—6 tygo- dniach, nie należy tracić nadziei na poprawę nawet po czasie względnie dłu- gim. Niekiedy na nią długo wypada czekać: w przypadku BÄUMLER'a po- czątek poprawy spontanicznej zauważono w 10 miesiącu choroby. Im dłużej jednak czekamy na poprawę, tem mniej jest nadziei, że ona kiedykolwiek na- stąpi, gdyż zdarzają się niewątpliwie przypadki nieuleczalne. Im gorzej się wyczuwa zęby mięśnia zębatego na bocznej części klatki piersiowej, im gorsze jest ich oddziaływanie elektryczne, tem rokowanie jest smutniejsze, a jednak w naszym przypadku drugim zaszła niewątpliwa poprawa, i taką samą podaje STEINHAUSEN w jednym przypadku z brakiem zębów mięśnia zębatego i w je- dnym z zupełnym elektrycznym odczynem zwyrodnienia. Rokowanie w tych razach jest o tyle smutne, że trudno się spodziewać, by chory mógł kończy- ną po stronie porażenia pracować należycie, jakkolwiek wiadomo, że dosta- wali tej choroby niektórzy podczas służby wojskowej i mogli pomimo cier- pienia służbę kończyć. Z tego jednak, że tyleż, co dawniej, pracy dostarczali, nie wynika wcale, aby byli w tym samym stopniu zdolni do pracy, jak przed chorobą. Przy określaniu zdolności do pracy należy brać pod uwagę ilość energii, przez daną osobę zużytej dla danej produkcji. Zdolność do pracy znajduje się w stosunku odwrotnym do ilości zużytej dla niej energii. Jeśli dany wytwór wymaga od określonej osoby w pewnych okolicznościach ener- gii wzmożonej, świadczy to o osłabieniu zdolności do pracy. Nie zawsze my to uwzględniamy, bo trudno jest mierzyć energię zużytą, lecz gdy to jest mo- żliwe, nie należy o tem zapominać. To też słusznie BRODMANN żądał renty dla robotnika z porażeniem mięśnia zębatego, dla robotnika, pozornie zdolne- go do poprzedniej jego pracy, gdy wykazał, że ten zużywał na nią energię zwiększoną, a dowodem tego miał być przerost serca, przy pracy po choro- bie powstały.

Leczenie porażenia mięśnia zębatego zależy w dużym stopniu od tła chorobowego. Cierpienie tego mięśnia czynnościowe wymaga zachęcania do ruchów, odwracania myśli pacyenta od jego choroby. W cierpieniu mięśnia zębatego organicznem musimy się kierować przy podaniu wskazań leczeni- czych możliwością usunięcia pierwotnej przyczyny cierpienia i natężeniem porażenia. Jeśli cierpieniu towarzyszą objawy podrażnienia, powiedzmy bóle, leczenie zmierzać powinno do zmniejszenia dolegliwości czuciowych i do oszczędzania łopatki, do pozostawienia jej w spokoju. W tych razach można próbować również znieczulającego działania anody. Leczenie elektroterapeu- tyczne może większą ma zasadę, gdy niema już lub wcale nie było objawów podrażnienia. W tych razach jest ono o tyle pożądane, co wszelkie ćwiczenie mięśni, a gimnastykowanie ich powinno być stosowane bezwzględnie, czy pozostały jakies resztki mięśnia. Mechanoterapia ma tu szersze zastosowanie, niż elektroterapia. THÖLE²⁰⁾ wykazuje, że długotrwałe leczenie elektrotera-

²⁰⁾ THÖELE. Mechanik der Bewegungen im Schultergelenk beim Gesunden u. bei einem Manne mit doppelseitiger Serratus- u. einseitiger Deltoideuslähmung in Folge typhoeser Neuritis. Arch. f. Psych. XXXIII. 1. Str. 159. 1900.

peutyczne nie zmieniło wcale odczynu zwyrodnienia, gdy ruchy kończyny znakomicie się poprawiły. Dzieje się to drogą wyćwiczenia mięśni sąsiednich (średnia część mięśnia kapturowego, skośnoczworobocznego i górnej części mięśnia piersiowego wielkiego). Tą drogą pacyenci bezwiednie dochodzą do możliwości należytego wykonywania ruchów pomimo porażenia mięśnia zębatego. Tą samą drogą powinniśmy kroczyć świadomie. Podpatrywanie natury i korzystanie z jej wskazówek jest jedyną metodą w walce z wszelkimi dolegliwościami.

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH D-RA BREGMANA W SZPITALU
STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE Z SYRINGOMYELII.

Podał

D-r med. LUDWIK BREGMAN.

Odczyt wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w dniu 19 lutego 1901 r.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 48).

Przypadek IV. Ch. Steinberg, 35 lat, handlarz mięsa¹³⁾, zauważył przed 3 miesiącami osłabienie prawej nogi, w kilka tygodni później osłabienie prawej ręki i utratę czucia. Dawniej był zdrow. Zmuszony był w ciągu wielu lat odbywać duże przestrzenie, nosząc ogromny ciężar (mięso) na prawym ramieniu.

Badając chorego, znajdujemy: zanik mięśni i niedowład prawej kończyny górnej. Prawe ramię podniesione, łopatka, zwłaszcza przy podnoszeniu ręki, odstaje, jamy nad- i podgrzebieniowa wpadnięte. W ramieniu, przedramieniu i dłoni zanik wyraźny, choć niedaleko posunięty. Ruchy ograniczone, zwłaszcza w stawie barkowym: chory nie może ręki podnieść nawet do linii poziomej, nie może wyprostować palców, zwłaszcza w 2-ich i 3-ich członkach, z trudem przeciwstawia paluch i t. d.

Prawa kończyna dolna w stanie niedowład spastycznego. Ruchy jej ograniczone i słabe. Chód hemiplegiczno-spastyczny.

Lewa kończyna dolna pod względem ruchowym prawidłowa, w górnej zaniku nie widać, ale siła mięśniowa niewielka.

Drżenie włókienkowe i częściowa reakcja zwyrodnienia w mięśniach trójgraniastym ramienia, dwu- i trzy-głowym.

Czucie jest naruszone, jak na Fig. VII. Na prawym ramieniu, przedramieniu i ręce liczne oparzenia, którym chory ulegał bezwiednie, wygrzewając rękę przy piecu z powodu dokuczliwego uczucia chłodu w niej.

Odruchy ścięgniste kończyn dolnych wzmożone, bardziej po stronie prawej. *Clonus pedis* z obu stron, również w prawej nodze silniejszy. W tej ostatniej drżenie spastyczne.

¹³⁾ Wstąpił do oddz. chorób nerwowych d. 7 stycznia 1900 r., wypisał się d. 22 lutego t. r.

Odruchy m. trzy- i dwu-głowego z prawej strony zniesione, z lewej słabe.

W części grzbietowej kręgosłupa lekkie skrzywienie, wypukłe ku stronie prawej.

Zwężenie prawej szczeliny ocznej i źrenicy w zmiennym stopniu.

Lekkie zaburzenia przy oddawaniu moczu: mocz wychodzi niekiedy „po namyśle“ i potrosze, z przerwami.

Wzmószona pobudliwość naczynioruchowa: po każdym ukłuciu tworzy się wyniosłość (*urticaria*), która znika dopiero po paru dniach. Stała sinica prawej ręki, znacznie się powiększająca pod wpływem zimna. Ciepłota prawej kończyny górnej zmniejszona.

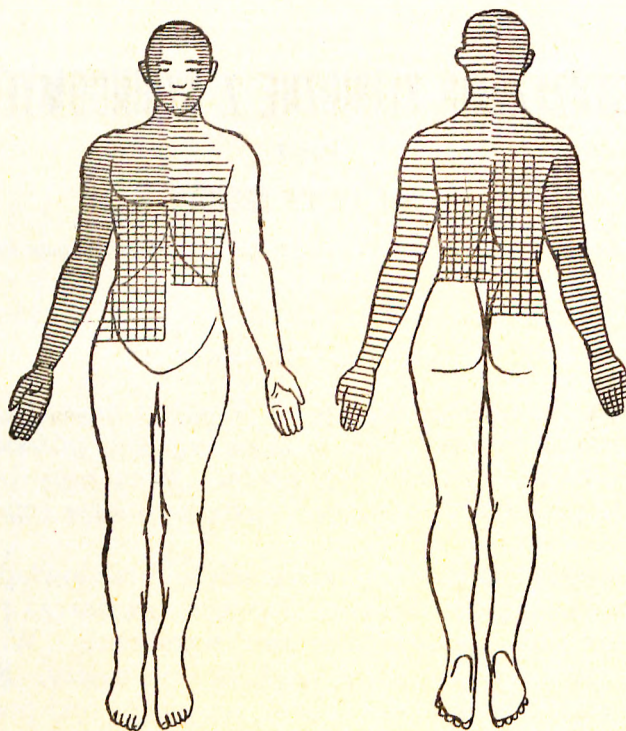


Fig. VII.

Nad rozpoznawaniem rozvodzić się nie będę. Prócz zmian troficzych skóry i kości (mamy tylko lekką skoliozę) znajdujemy wszystkie objawy właściwe syringomyelii. Zaburzenia ruchowe ograniczają się prawie wyłącznie do kończyn prawych: porażenie wiotkie z zanikiem degeneracyjnym mięśni w górnej, niedowład spastyczny w dolnej. Jestto typ hemiplegii pochodzenia rdzeniowego, przy umiejscowieniu ogniska w nabrzmieniu szyjowym.

Zaburzenia czucia nie ograniczają się już do samej tylko prawej połowy ciała, ale są po prawej stronie silniejsze i dalej rozprzestrzenione — dowód, że istota szara w tylnej swej części również z prawej strony jest bardziej dotknięta.

Co się tyczy zaburzeń moczowych, to wprawdzie syringomyelicy, nawet przy najdłuższem trwaniu choroby, mogą ich nie mieć wcale, jednakowoż w wielu razach znajdujemy je bądź to jako objaw niestały w okresie początkowym (CRITZMANN, PARMENTIER, SECBOHM, WICHMANN, nasz przypadek)

lub w okresie późniejszym albo końcowym, niekiedy pośrednio jako przyczynę śmierci (*cystitis, pyelitis*). Najczęściej spostrzegamy je w przypadkach z szybkim przebiegiem lub z umiejscowieniem z początku w części lędźwiowej rdzenia. W naszym przypadku sprawa, sądząc z wywiadów, rozwijała się szybko i według zaburzeń czucia dochodzi do części lędźwiowej.

Według słów chorego, choroba jego zaczęła się dopiero przed 3 miesiącami, ale wywiady te względne tylko znaczenie mieć mogą. Pierwszy początek choroby uchodził łatwo uwadze, zwłaszcza u chorych, przyzwyczajonych do ciężkiej pracy i mało uważających na stan swego zdrowia. Możemy tylko wnioskować, że przed 3 miesiącami nastąpił wybuch *resp.* nasilenie choroby, które w krótkim czasie uczyniło go niezdolnym do pracy. W tym względzie zachodzi nawet pewna analogia między tym przypadkiem a przypadkiem 3-im. Tam również kilka miesięcy przed wstąpieniem do szpitala choroba, od kilkunastu lat drzemiąca, na nowo wybucha i w krótkim czasie sprowadza fatalne dla chorego następstwa. W pierwszych 2-ch przypadkach choroba jest znacznie starsza, przebieg jej trudniej jest prześledzić, ale i tam znajdujemy wskazówki na to, że nie rozwijała się stopniowo, lecz z krótszymi lub dłuższymi przystankami, po których następował nowy wybuch i dalszy rozwój objawów. Zdaje się, że w ten sposób odbywa się postęp sprawy chorobowej w wielu, być może, w większości przypadków. Dzięki tym przystankom, na których się choroba zatrzymuje niekiedy przez kilka, kilkanaście lub kilkadziesiąt lat, syringomyelicy dożyć mogą do późnego wieku, nie dochodząc bynajmniej do ostatecznego okresu choroby. Ilustracją tego służyć może 1-a chora, obecnie 62-letnia staruszka, która pomimo 30-letniego trwania choroby nie doznała jeszcze szwanku w kończynach dolnych, niema wyraźnych objawów opuszkowych i nawet rękami jako tako posiłkować się umie.

Powracając do ostatniego chorego, dodać muszę, że po 6-cio-tygodniowym pobycie w szpitalu żadnego postępu objawów nie dostrzegaliśmy. Jeśli więc sprawa chorobowa istotnie przedtem tak szybko postępowała, jak to chory opisuje, to należałoby przypuścić, że obecnie, doszedłszy do pewnego stopnia rozwoju, przez pewien czas na nim się zatrzyma.

Pod względem etiologicznym przypadek ten jest godzien uwagi. Chory zajmował się handlem mięsa po wsiach i zmuszony był odbywać pieszo długie spacery z towarem na barkach, który ważył często dobrych kilka pudów. Zwykle nosił go na prawym barku, t.j. na tej samej stronie, na której znajdujemy główne zaburzenia ruchowe i czuciowe. Noszenie ciężarów, działając poniekąd jako uraz przewlekły, oraz nadmierny wysiłek mięśniowy mogły snadnie przyczynić się, jeśli już nie do powstania sprawy rdzeniowej, to przynajmniej do wcześniejszego wybuchu i umiejscowienia jej w rdzeniu.

Przypadek V. Ch. Hochgelerter¹⁴⁾, 22 lat, kupiec. W dzieciństwie miał angielską chorobę. Przed 4 1/2 rokiem chorował na kaszel, klucie w piersi oraz napady wykrzywiania głowy (*torticollis?*) Od tego czasu był osłabiony, nie mógł pracować, miał parestezye w kończynach. Przed 2 laty przechodził jakąś chorobę zakaźną (odra? tyfus?), po której stan jego się pogorszył. Ropienie z lewego ucha. Parestezye—zdrętwienie, klucie, chłód, palenie i osłabienie lewej kończyny górnej. Parestezye rozprzestrzeniły się na pas barkowy, kark, szyję, boczną część twarzy i klatkę piersiową. Niekiedy bywa pa-

¹⁴⁾ Zapisał się do oddz. chorób nerwow. d. 30 lutego 1902 r., wypisał się d. 3 marca, potem leczył się ambulatoryjnie.

lenie w gardle. Często ból głowy (w lewej połowie). Od roku zauważono zanik mięśni.

Chodzi dobrze, ale dłuższe chodzenie męczy go. Lewa noga męczy się bardziej. W prawej ręce niema również tej siły, co przedtem, w palcach odczuwa niekiedy chłód, przytem nie może palców dobrze zgiąć.

Od pewnego czasu (1—2 lat) uczuwa trudność przy oddawaniu moczu, ból w okolicy pęcherza. *Spermatorrhoea* (?). Zatwardzenie.

Zajmował się długo samogwałtem. Przed 2 $\frac{1}{2}$ rokami ożenił się, dzieci niema. Brat zmarł na moczówkę cukrową, drugi brat cierpi od niejakiego czasu na wymioty.

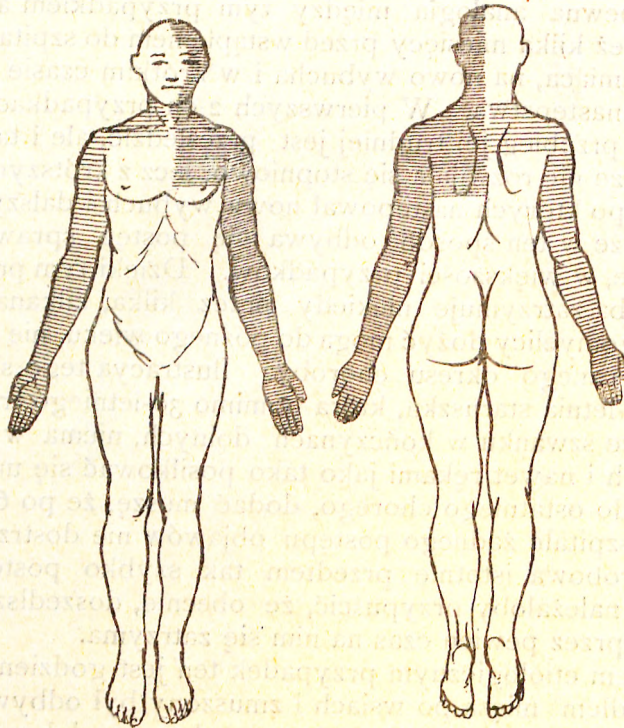


Fig. VIII.

Badanie przedmiotowe:

Zanik mięśni kończyny górnej lewej: kłęb, kłębik zanikłe, przestrzenie międzykostne wpadnięte nietylko na powierzchni grzbietowej, ale i na dłoniowej. Dłoń cała wklęsła. W przedramieniu zanik mniejszy, głównie w obwodowej $\frac{1}{3}$. W ramieniu, pasie barkowym niema zaniku. Ramię nieco wyższe od prawego,

Ruchy w stawach barkowym, łokciowym i napięstkowym zachowane; siła w porównaniu z kończyną prawą mniejsza. Ruchy palców bardzo ograniczone: palucha nie zgina i nie przeciwstawia wcale; 2-gi członek palucha zgina nieco. Od- i doprowadza paluch słabo, prostuje lepiej. Inne palce zgina źle, najgorzej 2-i i 5-y; prostuje w 2-ich i 3-ich członkach niezupełnie i z wysiłkiem przy nadmiernem prostowaniu 1-ych członków. Rozciapirza palce bardzo mało.

Przy wysiłku drżenie włókienkowe.

Mięśnie kłęba i kłębika, międzykostne, *M. flexor digitorum communis* na prąd elektryczny nie reagują, *M. flexor pollicis longus* daje reakcję zwyro-

dnienia, *M. extensor* i *M. abductor pollicis* mają pobudliwość zmniejszoną i skurcz wolniejszy. W innych mięśniach reakcja prawidłowa.

Kończyna górna prawa i obie dolne pod względem ruchowym prawidłowe.

Czucie naruszone, jak widać na Fig. VIII. Na lewym łokciu blizna po oparzeniu, którego nie odczuł wcale (śpiąc przy piecu).

Odruchy ścięgniste kończyn dolnych bardzo wzmożone, *clonus pedis* brak; podeszwowe słabe, nosidłowe żywsze, podbrzuszne również, brzuszne słabe. Odruchy kończyn górnych (m. trzy- i dwugłowego) z prawej strony słabe, z lewej prawie 0 (tak samo odruch łopatkowo-ramieniowy — scapulo-humeralreflex).

Klatka piersiowa w wymiarze poprzecznym wąska, w strzałkowym dość duża, mostek występuje znacznie ku przodowi.

Kręgosłup w dolnej części grzbietowej i przejściu w lędźwiową skrzywiony — wklęsły ku stronie lewej. Dość silna lordoza części lędźwiowej.

Miednica wykrzywiona skośnie ku stronie prawej i ku dołowi; grzebień kości podlędźwiowej lewej wystaje i jest wyższy od prawej.

W okolicy podlędźwiowej lewej duża ruchoma blizna po wrzodzie, który chory miał przed rokiem. Taka sama blizna na karku.

Lewa szpara oczna i źrenica węższe, lewa gałka oczna jakby wciągnięta (*enophthalmus*). Nystagmus rotacyjny na obu oczach, najbardziej przy patrzeniu w stronę lewą, mniejszy w prawą i ku górze.

Siła słuchu ucha lewego mniejsza. Ropienia niema. Smak na lewej połowie języka słabszy. Powonienie zniesione po stronie prawej. Odruchy spojówkowe nieco zmniejszone, łechtaczkowe zachowane.

Pod względem symptomatologicznym jest to typowy przypadek postaci szyjowo-ramieniowej syringomyelii. Niezwykłym jest, że zanik mięśni, choć jest już bardzo daleko posunięty, ograniczył się do jednej tylko kończyny górnej, a i w niej dotknął wyłącznie mięśni drobnych dłoni i przedramienia, oszczędzając dotąd ramię, a zwłaszcza pas barkowy, który tak często w początku zostaje zaatakowany. Na wyróżnienie zasługuje też umiejscowienie skoliozy w dolnej części kręgosłupa z kompensacyjnym skrzywieniem miednicy — przy braku objawów w kończynach dolnych i dolnej części klatki.

Pod względem etiologicznym należy zwrócić uwagę na obarczenie rodzinne i ciężką infekcję, poprzedzającą objawy rdzeniowe.

Przypadek VI. M. Święcicka, sklepowa, lat 19¹⁵), zauważyła od 1—2 lat osłabienie kończyn górnych, z początku prawej, potem lewej. Później ręce się wykrzywiły. Pomimo to nie przestała pracować, ale przy szyciu doznaje bólu, zwłaszcza w prawym ramieniu, ręce i połowie szyi. Podobne bóle zjawiają się w rękach pod wpływem zimna, skutkiem czego chora oddawna już nie myje się zimną wodą.

W r. z. chora zajmowała się w sklepie, niedostatecznie ogrzewanym. Koleżankom to nie szkodziło, u niej wystąpiły krosty, zlewające się i wydzielające obfitą ropę.

Przed dwoma laty w przeciągu kilku tygodni silna czkawka. Przed 2¹/₂ rokiem po krótkiej drzemce, siedząc i opierając głowę na ramieniu, przebudziła się z bezwładem i zdrętwieniem prawej ręki. Bezwład ten minął po 10 dniach.

¹⁵) Zgłosiła się do ambulatorium oddziału chorób nerwowych w lutym 1901 r. i dotychczas pozostaje w obserwacji.

W dzieciństwie była słabowita, miała ciężką ospę. Miesiączki nie miała jeszcze, gdy siostra jej o 6 lat młodsza już ją ma. Matka i rodzeństwo mają usposobienie nerwowe. Chora narzeka często na ból głowy, ból zębów, brak łaknienia. Często krwotoki z nosa.

Badając przedmiotowo, widzimy: obie ręce (Fig. IX) w stanie przykurczenia, t. z. Krallenhand. Palce nadmiernie wyprostowane w 1-ych, lekko zgięte w 2-ich i 3-ich członkach. Paluszek odprowadzony. Ręka w napiętku zgięta i zwrócona (*pronatio*). Przy ruchach biernych opór.

Zanik kłęba, kłębika, międzykostnych, przedramienia, zwłaszcza w obwodowym odcinku. Zanik większy w kończynie prawej. Drobne mięśnie ręki prawej nie reagują na prąd faradyczny, lewej reagują słabo.

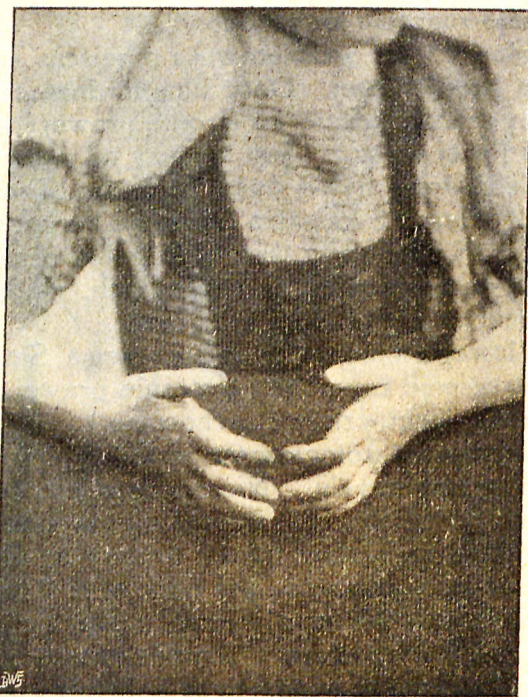


Fig. IX.

W ramieniu i pasie barkowym zanik niewidoczny, a wręcz przeciwnie mięśnie te, szczególnie m. trójgraniasty, wydają się bardzo rozwiniętymi. Przy palpacji konsystencja ich okazuje się dość twardą.

Ruchy w stawach łokciowych i barkowych wolne, ale z prawej strony nieco ograniczone. Chora nie może podnieść prawej ręki do linii pionowej, trzy- i dwugłowy mają mniejszą siłę. Supinacja niedostateczna, zwłaszcza ręki prawej.

W napiętku wyprostowanie ograniczone, zginanie trochę lepsze. Ruchy palców również bardzo ograniczone. Dynamometr pokazuje prawie 0.

Na rękach i przedramionach sinica, powiększająca się pod wpływem zimna. Na grzbiecie prawej ręki *excoriationes* i kilka drobnych wyniosłości, które chora również zimnu przypisuje. Blizna na ręce pochodzi od oparzenia, którego chora w pierwszej chwili nie czuła wcale.

Zaburzenia czucia są przedstawione na Fig. X.

Odruchy ścięgniste kończyn dolnych bardzo wzmożone, *clonus* słaby. W kończynach górnych odruchy ścięgniste i z okostny zniesione.

Kończyny dolne pod względem ruchowym prawidłowe.

Kręgosłup w części grzbietowej nieco wykrzywiony, wypukłością ku stronie prawej.

W dziedzinie nerwów mózgowych nic godnego uwagi.

Mamy tu znowu zbiór objawów — zanik mięśni kończyn górnych, rozszczepienie czucia, wzmożenie odruchów, zaburzenia naczynioruchowe, skolioza—właściwych syringomyelii. Wysypka na grzbiecie ręki ma znaczenie objawu troficznego. Czkawka wskazuje na powikłanie histeryą, choć chora na-

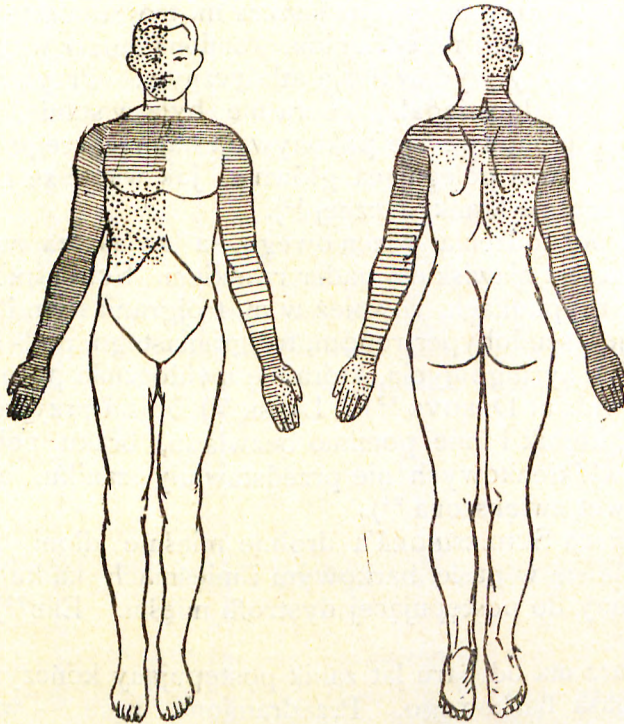


Fig. X.

padów nie miała, i stygmatów u niej nie znaleziono. Na karb nerwicy zwalić należy ból głowy, brak łaknienia i t. d. Powikłanie to nie jest rzadkie. Z pomiędzy naszych chorych jedna, a mianowicie pierwsza, cierpiała również w młodym wieku przez rok cały na czkawkę histeryczną.

Jakiej natury był niedowład ręki przed 2¹/₂ rokiem, trudno obecnie rozstrzygnąć. Warunki powstania jego nasuwają myśl o t. zw. Schlaflähmung, porażeniu uciskowem nerwu promieniowego. Aliści mając chorą histeryczką, nie możemy wyłączyć porażenia histerycznego, a wreszcie mogło ono, co jest nawet prawdopodobne, być wczesnym zwiastunem rozwijającej się syringomyelii. Podobne przelotne porażenia w cierpieniu tem spostrzegano już wielokrotnie. M. CROQ¹⁶⁾ np. opisuje przypadek 35-letniego mężczyzny, który przed 6-ma laty miał krótkotrwałe porażenie lewej ręki, a następnie

¹⁶⁾ M. CROQ. Un cas de syringomyelie cervicale avec Myosis etc. Journal de Neurologie. 1899. 24 April.

rozwinęły się objawy syringomyelii. W przypadku WICHMANN'a¹⁷⁾ było przed 10 laty przelotne porażenie kończyn dolnych, a od 8 lat zanik mięśni, rozszczępienie czucia i inne objawy syringomyelii.

Porażenia te powodowane są niekiedy przez obrzęk kolateralny wokóło tkanki nowotworowej, najczęściej zaś przez krwotoki w samych jamach lub w ich ścianach. Przyczyną krwotoków jest rozpad tkanki nowotworowej, w niektórych przypadkach zmiany pierwotne w naczyniach (SCHLESINGER)¹⁸⁾. Spotyka się je zarówno w przypadkach starszych, jak i w poczynających się. Tam powodują one ostry postęp choroby, tu zaś ostry początek, lub, jak w naszym przypadku, jeśli pierwiastki ruchowe nie zostały zniszczone, lecz chwilowo uciskane, porażenie przelotne.

Pod względem symptomatologicznym w przypadku tym zasługuje na wyróżnienie przerost m. ramienia, zwłaszcza m. trójgraniastego. W przeciwstawieniu do zaniku dłoni i przedramion, ramiona miały wygląd dobrze rozwinięty, m. trójgraniasty wydawał się atletycznym. Przytem siła ruchowa temu bynajmniej nie odpowiadała, chora nie była w stanie nawet podnieść prawej ręki do linii pionowej, nie pokonywała najmniejszego oporu. Była to zatem pseudohypertrofia polegająca głównie, jak widać ze zwiększonej konsystencyi, na przeroście tkanki łącznej¹⁹⁾.

W zanikach pochodzenia rdzeniowego, a zwłaszcza w syringomyelii, pseudohypertrofia jest zjawiskiem nader rzadkiem. SCHLESINGER²⁰⁾ spostrzegł ją w dwóch przypadkach, również w m. trójgraniastym i w dwugłowym. HUYSMANS opisuje pseudohypertrofię m. trójgraniastego, pod- i nadgrzebieniowego w przypadku syringomyelii, która się uwidoczniła po urazie²¹⁾. Przerost tłuszczowy widział DEBOVE²²⁾. LAESE²³⁾ opisał przypadek, w którym m. międzykostne, kłębik i inne pomimo bezwładu, braku pobudliwości elektrycznej i drzeń włókienkowych nie przedstawiały zaniku, a w niektórych objętość była nawet zwiększona²⁴⁾.

W przypadkach SCHLESINGER'a drobne mięśnie dłoni były nietknięte, sprawa rozpoczęła się w pasie barkowym i mięśniach karku, tak że całość kształt był podobny do postępującej dystrofii mięśni. ERB²⁵⁾ opisał przypadek następujący:

26-letni mularz ma od paru lat zanik postępujący kończyn górnych, głównie ramienia i pasa barkowego. Przedramiona, ręce — wolne. Pobudliwość elektryczna zachowana lub zmniejszona, brak reakcyi zwyrodnienia,

17) R. WICHMANN. Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westphalens zu Braunschweig. 10 Oct. 1896. Ref. Neurolog. Centralblatt. 1897. str. 44.

18) H. SCHLESINGER. Dyskusya w Wiener medicinischer Club 27. XI. 1895. ref. Neurol. Centr. 1896. str. 614.

19) Przytem pojedyncze włókna mogły, jak w dystrofii mięśniowej, uleżć przerostowi, który jest w tym razie tylko pierwszym wyrazem zaburzeń odżywczych w tkance mięśniowej. LEWIN widział włókna grubości do 150 μ .

20) SCHLESINGER. L. c.

21) HUYSMANS. Ein Fall von Syringomyelie nach Trauma. Deutsche med. Wochenschr. 1897 N. 8.

22) DEBOVE. Un cas de Syringomyelie. Bulletin de la Soc. med. des hop. 22. II. 1889.

23) LAESE. Ein Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der Syringomyelie. Deutsche med. Wochenschrift. 1898. N. 18.

24) HITZIG i MENDEL znajdowali w mięśniach twarde nacieczenia, które, ściśle biorąc, tu nie należą.

25) ERB. Syringomyelie oder Dystrophia muscularis + Hysterie. Neurol. Centr. 1893. N. 5.

brak drzeń włókienkowych. Przerost m. trójgraniastego lewego oraz obu podgrzebieniowych.

Na prawej połowie ciała rozszczepienie czucia: bólowe zniesione, zimna i ciepła zmniejszone, inne rodzaje zachowane. Powonienie z prawej strony zniesione. Pobudliwość naczynioruchowa wzmożona. Na rękach — *excoriations* i pęcherzyki. Uraz — upadnięcie z wysokości i metra — poprzedzał chorobę.

Na pierwszy rzut oka nasuwało się przypuszczenie syringomyelii. Umieszczenie zaniku w ramionach i pasie barkowym nie obalało go (spostrzeżenia REMAK'a), ale wraz z brakiem reakcyi zwyrodnienia i drżenia włókienkowego nastroczało wątpliwości. Z drugiej strony zaburzenia czucia miały cechy histeryczne: ograniczały się do jednej połowy ciała, przechodziły na twarz i błony śluzowe, nie były przez chorego uświadomione, nie kojarzyły się z bólami i parestezjami. Prócz tego jednoimienna *anosmia*, objawy ogólne — nerwowość, zawroty i bóle głowy, zemdlenia, uraz, jako moment etiologiczny, skłaniały do rozpoznania: *dystrophia musculorum progressiva et hysteria*. Po kilkunastu elektryzacyach *hemianaesthesia* znikła, powonienie powróciło, zanik pozostał.

Przytoczyłem szczegółowiej ten przypadek, jako bardziej ciekawy dla rozpoznania różniczkowego. W naszym przypadku wszakże kombinacya taka jest stanowczo wyłączona, ponieważ zarówno zanik mięśni, jak i zaburzenia czucia mają wszystkie cechy właściwe syringomyelii: umiejscowienie zaniku w drobnych mięśniach dłoni, drżenie włókienkowe, zmiany reakcyi elektrycznej, analgezja na obu stronach, pod postacią kamizelki, bez udziału błon śluzowych, z bólami i parestezjami.

(C. d. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 21 października 1902 r.

TREŚĆ: 1) M. GANTZ. — przedstawienie chorego z wrodzonym brakiem prawego mięśnia zębatego przedniego. 2) M. BIRO — „Porażenie mięśnia zębatego przedniego istotne i wrzekome“. 3) POŁAŃSKI — „Fizyczna charakterystyka osób, dotkniętych gruźlicą, specjalnie gruźlicą płuc“.

1) Kol. M. GANTZ przedstawił z oddziału kol. JANOWSKIEGO w szpitalu Dz. Jezus chorego z wrodzonym brakiem prawego mięśnia zębatego przedniego i prawych mięśni piersiowych, wielkiego i mniejszego, oraz kilku żeber z prawej strony. Chory ten był już przedstawiony w Tow. Lek. w roku 1887 przez kol. PUŁAWSKIEGO. Chory obecnie ma lat 55. W prawej połowie klatki piersiowej posiada wgłębienie, dochodzące do 6-ego żebra. Prawa sutka stoi o 2 ctm. wyżej, niż lewa. Niektóre żebra (VI, V) bez chrząstek, inne kończą się ślepo (IV-te). Brak mięśni zębatego i piersiowego mniejszego. Chory nie może podnieść prawego ramienia ponad linię poziomą. Obecnie podczas kaszlu wypukła się skóra na wgłębieniu nieznacznie, dawniej tworzył się rodzaj przepukliny. Z wywiadów okazało się, że ojciec chorego miał podobną wadę. AHLFELD tłumaczy powstanie opisanej powyżej wady rozwojowej zarośnięciem w tem miejscu owodni.

2) Kol. M. BIRO wygłosił odczyt p. t.: „Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego istotne i wrzekome“. (Rzecz w całości wychodzi w „Medycynie“).

W dyskusyi kol. Henryk LANDAU zaznacza, że zasługuje na uwagę głównie pierwszy przypadek, który B. nazywa „wrzekomem porażeniem mięśnia zębatego przedniego“. L. kwestyonuje podobne rozpoznanie VERRHOGEN'a, na które powołuje się mówca. L. zaznacza, że nieprawidłowe ustawienie łopatki, spotykane w porażeniu *m. serrati antici*, polega na tem, iż: 1) dolny kąt łopatki zbliżony jest do kręgosłupa, 2) łopatka cała uniesiona jest ku górze i 3) wewnętrzny jej brzeg wskutek rotacyi łopatki odstaje od klatki piersiowej. Ze wszystkich tych objawów w przypadku B. istniał jeden tylko, a mianowicie ostatni. Wobec tego, zdaniem L., można tu mówić jedynie o nienormalnem odstawianiu wewnętrznego brzegu łopatki, którego objaśnienie w danym przypadku jest dość trudne. Skurcz antagonistów przypuścić tu trudno, istnieje bowiem znaczna ruchomość łopatki.

W odpowiedzi prelegent zaznacza, że przypadek swój, analogiczny jedynie do przypadku SEELIGMUELLER'a, omówił obszernie ze względu na możliwość pomyłki rozpoznawczej i na ciemną patogenezę tego cierpienia.

3) Kol. POLAŃSKI odczytał rzecz p. t.: „Fizyczna charakterystyka osób, dotkniętych gruźlicą i specjalnie gruźlicą płuc“.

We wstępie mówca przypomniał o panujących obecnie teoriach w nauce o powstawaniu gruźlicy, o roli zarazki i o roli usposobienia do gruźlicy, podniósł znaczenie rozpoznawcze kochiny i aglutynacyi lasecznika. Dalej rozpatrzył teorię BAUMGARTEN'a co do odziedziczania gruźlicy i podniósł prace kol. ZIELIŃSKIEGO nad zboczeniami w budowie cielesnej suchotników, które pozwalają uważać suchotników za osobniki, pod pewnym względem „zwyrodniałe“. W celu sprawdzenia, o ile częściej oznaki zwyrodnienia zdarzają się u suchotników w porównaniu z ludźmi zdrowymi, P. wykonał szereg badań podług pewnego schematu, z których okazało się, że oznaki zwyrodnienia u suchotników, zwłaszcza młodych, zdarzają się o wiele częściej, niż u ludzi zdrowych (48% mężczyzn i 44% kobiet). Mówca rozpatrzył podawane przez FIEUND'a zmiany w budowie klatki piersiowej, jako to: nienormalny stan 1-go żebra, a zwłaszcza jego chrząstki, która bywa skrócona i powoduje przeszkodę dla prawidłowej czynności górnej części klatki piersiowej; następnie mówca wspomniał o podawanym przez FIEUND'a sposobie operacyjnym leczenia suchot płucnych za pomocą wytwarzania stawu sztucznego pomiędzy pierwszym żebrzem a mostkiem. POLAŃSKI w swoich pomiarach znalazł nieprawidłowości chrząstki obu pierwszych żeber u suchotników w 40%, u niesuchotników w 15%. W końcu mówca podnosi znaczenie teorii E ZIELIŃSKIEGO.

W dyskusyi kol. HEIMAN dziwi się, że mówca w badaniach swych nie uwzględnił stosunku wzrostu do obwodu klatki piersiowej, stosunku, którego ogromne znaczenie wykazały miliony pomiarów, czynionych na całym świecie przy poborach wojskowych.

Kol. HEWELKE wątpi, ażeby droga pomiarów prowadziła do rozwiązania kwestyi „usposobienia“ do suchot. Ze słów mówcy nie otrzymuje się wrażenia jakiegoś choćby nawet bardzo ogólnie zarysowanego typu zwyrodnienia, znamiennego dla osób gruźliczych, tem bardziej, że samo pojęcie zwyrodnienia jest bardzo mgliste. Analogia ze zwyrodnieniem przestępców kryminalnych nie jest uzasadniona. Dane statystyczne mówcy miałyby większe znaczenie, gdyby tenże przekonywał się gruntownie, że w trupach „niegruźliczych“ istotnie nigdzie gruźlicy niema. Cyfry NAEGEL'ego wydają się H. przesadzone.

Kol. RZĘTKOWSKI zaznacza, że należy odróżnić to, co jest istotną oznaką zwyrodnienia, przyniesioną na świat przez człowieka, od tego, co jest tylko na-

stępstwem choroby długotrwałej, chociaż do czasu ukrytej. Kilkadziesiąt przypadków dowodzi jeszcze bardzo mało, nie przekracza granic przypuszczeń. Fakt, że osobniki, zwyrodniałe psychicznie, często umierają na suchoty, nie dowodzi zgoła, ażeby suchotnicy byli nimi.

Kol. E. ZIELIŃSKI zaznacza, że: 1) już kol. L. RUTKOWSKI z Płońska zrywał większą skłonność długogłowców do chorób piersiowych, 2) że mówca nie określa należycie pojęcia hypoplazji naczyńowej, przez co otrzymał tak wielką odsetkę tych zmian u suchotników, 3) że uderza fakt szybkiego wymierania degenerantów psychicznych na suchoty, 4) że osobnik, dotknięty zwyrodnieniem, nie musi jednak koniecznie umierać przy pierwszym wybuchu choroby.

Prezes DUNIN zaznacza, że dotychczas zbyt mało zwracamy uwagi na cechy zwyrodnienia u suchotników. Uderzają takie np. fakty, że u niektórych osobników gruźlica przebiega bardzo pomyślnie, u innych nadzwyczaj ciężko. Być może, różnice te polegają na tem, że u jednych gruźlica jest rzeczą przypadkową, nad innymi zaś ciężą, jak fatum, a jako wyraz tego można uważać obecność cech zwyrodnienia w znacznej liczbie. Przez badania, podobne do tych, jakie czynił mówca, oczywiście, zagadką, jaką jest usposobienie do gruźlicy, nie zostaje rozwiązana, a jedynie odsunięta do łona matki. Ciekawą rzeczą byłoby sprawdzenie, jak często spotykamy gruźlicę wpośród osób nerwowych.

St. Koczyński.

Z IV Zjazdu międzynarodowego ginekologów w Rzymie.

Rozprawy o wskazaniach do sztucznego przerwania ciąży.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 48).

A. R. SIMPSON (Edynburg) po krótkim historycznym wstępie i przypomnieniu, że d-r Grzegorz MACAULAY, szkot, był pierwszym, który przeprowadził poród przedwczesny, dzieli wskazania do przerwania ciąży na dwie grupy, zależnie od tego, czy pochodzą ze strony matki, czy płodu. Do rzędu wskazań ze strony matki należą choroby, które rozwinęły się przed ciążą lub mają cechę przejściową, jak cierpienia układu nerwowego (obłąd, udar, zapalenie opon mózgowych, padaczka i przedewszystkiem płasawica), zaburzenia krwioobiegu, mianowicie, choroby serca, przy których wywołanie sztuką porodu przedwczesnego powinno podlegać wszechstronnemu rozważeniu; również sztuczne przerwanie ciąży i wzbudzenie porodu przedwczesnego pozostaje często bez wpływu na przebieg *hydraemia* i *anaemia pernicioza*; z chorób narządów oddechania ostre (zapalenie płuc i otrzewny) nie dają żadnych wskazań dla przerwania ciąży, tymczasem, kiedy w cierpieniach przewlekłych, a mianowicie, daleko posuniętej gruźlicy, poród przedwczesny może być wywołany w celu zachowania płodu przy życiu. W różnych chorobach ostrych, jak w ostrym zaniku wątroby, zapaleniu otrzewny i różnych innych chorobach zapalnych, które po większej części prowadzą do dobrowolnego przerwania ciąży, sztuczne przerwanie pozostaje bez wpływu na stan matki i płodu. Z cierpień narządu płciowego przerwanie ciąży może być dokonane tam, gdzie guz jajnikowy, względnie torbiel skórzasta, tak jest zrosnięty z narządami sąsiednimi (przypadek Tomasza KEITH'a), że usu-

nięty być nie może drogą operacyjną, przy raku macicy zawsze jest najlepiej wyczekać końca ciąży. Do rzędu wskazań, pochodzących ze strony płodu, S. zalicza powtarzające się zamieranie płodu w późniejszych okresach ciąży i nadmierne rozrastanie się płodu, co jest względne i zależne od wymiarów miednicy.

L. M. BOSSI (Genua). Doświadczenia, przeprowadzone przez autora, wykazały, że zwierzęta ciężarne są więcej wrażliwe na choroby zakaźne, aniżeli nieciężarne, przyczem wrażliwość na zakażenie wzrasta wraz z długością ciąży. Poronienia zdarzały się bardzo często, a zaszczipione drobnoustroje znajdowały się w większości przypadków we krwi łożyskowej i płodowej. Połóg był bez wpływu na odporność zwierząt względem chorób zakaźnych.

Doświadczenia Bossi'ego z ergografem Mosso'a w celu wykazania siły mięśniowej w czasie miesiączkowania, ciąży, porodu i położu wykazały, że siła mięśniowa upada w okresie przedmiesiączkowym, a powoli się wzmagają w czasie całego okresu miesiączkowego. Podczas ciąży często daje się wykazać znaczne osłabienie siły mięśniowej („fizjologiczne wahania w ciąży“), natomiast w położu szybkie i znaczne jej wzmaganie. To samo BOSSI spostrzegał u ciężarnych obłożnie chorych (dwa przypadki gruźlicy płuc i wady serca), gdzie był wykonany poród przedwczesny.

Przy wzbudzaniu porodu przedwczesnego należy brać pod rozwagę wpływ samego zabiegu operacyjnego; BOSSI przeto zaleca swój rozszerzacz wieloramienny, jako działający najszybciej i najpewniej, a pod względem aseptycznym bezpieczny.

L. KOHEGYI (Szegedyn) zaleca wzbudzanie sztucznego poronienia przy gruźlicy matki, jeżeli cierpienie to zostało przez dwóch przynajmniej lekarzy i przez wykrycie laseczników gruźliczych stwierdzone, w celu przeszkodzenia powstaniu pokoleń, gruźlicą obarczonych.

I. HENROTAY (Antwerpia) omawia sprawę trudności natury religijnej, jakie ze względu na sztuczne przerywanie ciąży powstawać mogą, które H. chciałby, aby były więcej uwzględniane, aniżeli tego pragnie PINARD.

E. GUTIERREZ (Madryt). Referenci zapomnieli pomieścić między wskazaniem przypadki, określane zwykle i słusznie, jako przypadki nawykowego zamierania płodu. G. leczył pewną damę, która powiła siedmioro nieżywych dzieci, rodząc przedwcześnie albo na czasie, pomimo tego, że były stosowane wszelkie środki zapobiegawcze, a chora nie była dotknięta żadną chorobą ogólną, ani też miejscową, i mąż jej nie przechodził przymiotu. G. przerwał w tym przypadku ciążę w 8-ym miesiącu w tem miemaniu, że przyczyną śmierci płodu tuż przed końcem ciąży było przesylenie krwi płodu kwasem węglanym, uwarunkowane niedostatecznym zwinięciem się macicy skutkiem częstych i wielokrotnie powtórzonych ciąży. Wynik zabiegu był nadzwyczaj pomyślny. G. przeto uważa nawykowe zamieranie płodu, jako wskazanie do przeprowadzenia porodu przedwczesnego wszędzie, gdzie wszelkie zabiegi zapobiegawcze pozostają bez skutku.

W. SINCLAIR (Manczester) uważa niebezpieczeństwa, grożące życiu matki, jako jedyne słuszne wskazania do sztucznego przerywania ciąży. Głównie choroby nerek, mniej już cierpienia serca są wskazaniem do sztucznego porodu i poronienia. *Hyperemesis* sama przez się nie jest wskazaniem do przerywania ciąży, w gruźlicy płuc można dokonywać przedwczesnego porodu, lecz tylko po wszechstronnem rozważeniu każdego przypadku, kiedy objawy choroby stają się coraz groźniejsze.

P. ZWEIFEL (Lipsk). Referenci w swych pracach ograniczyli nadzwyczaj wskazania do przerwania ciąży z powodu chorób wewnętrznych. Aczkolwiek mówca może tylko wyrazić swe najgłębsze uznanie dla referatów wygłoszonych, nie może jednak nie wystąpić przeciwko niektórym poglądom, w nich zawartym, aby nie utrudniać położenia lekarzy praktycznych, gdyby tak daleko sięgające ograniczenia wskazań zostały rozpowszechnione, jako poglądy zebranych tu specjalistów, które nie znalazły głosów przeciwnych.

Prof. SCHAUTA do swego referatu dodał uwagę, że dążenie do ograniczenia wskazań do sztucznego przerwania ciąży powstało na podstawie materiału kliniki, która jest wogóle zbiornikiem przypadków ciężkich. W stosunku przeto do całego państwa wnioski, uwarunkowane materiałem klinicznym, muszą przedstawiać się jeszcze pomyślniej.

Istotnie, tego rodzaju pogląd jest słuszny co do wielu chorób. Atoli wątpliwem jest, czy takie mniemanie referenta słuszne jest co do chorób serca, zapaleń nerek, płuc, gruźlicy, ponieważ młode osoby przeważają co do liczby między chorymi klinicznymi; dzięki zaś swemu wiekowi, osoby te rzadziej zapadają na wyżej wymienione choroby, a następnie łatwiej chorobę zwalczają.

Z. miał możność spostrzegania prawie wszystkich przypadków ciężkich chorób wewnętrznych, wklajających ciążę u wieloródek, leczących się w domach prywatnych.

We wszystkich tych przypadkach stan chorych był nadzwyczaj ciężki.

Tak często bywa przy wymiotach ciężarnych, nie poddających się leczeniu, a które SCHAUTA chce oznaczyć mianem „nadmiernych“.

Jeżeli SCHAUTA twierdzi, że wyraz „wymioty, nie poddające się leczeniu“, powinien być wykreślony z użycia, dlatego że wymioty ciężarnych zawsze wyleczyć się dają, to taki pogląd jego stoi w sprzeczności z jego własnym doświadczeniem, albowiem sam spostrzegał przypadek wymiotów u ciężarnej, która zmarła, pomimo tego, że wzbudził u niej poród przedwczesny i stosował wszystkie możliwe środki; oczywiście więc ciężarna ta zmarła z powodu wymiotów, „nie poddających się leczeniu“.

(C. d. n.).

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-r med. Teodor Heiman. Choroby narządu słuchowego.

Podręcznik dla studentów i lekarzy. Warszawa 1902 r. Ocenił D-r L. GURANOWSKI.

Wobec braku u nas podręczników wogóle, już sam fakt ukazania się podręcznika w języku polskim bywa autorowi poczytywany za tak wielką zasługę, że ocena wartości naukowej schodzi na drugi plan. To też sprawozdawcy ograniczają się zwykle na przytoczeniu treści poszczególnych rozdziałów, na wytknięciu błędów językowych, na wyrażeniu pobożnego życzenia, aby autor zechciał błędy te w następnym wydaniu poprawić, wreszcie na kilku pochwalnych ogólnikach, i na tem koniec. Oceny, któreby wskazywały, że sprawozdawca rzeczywiście książkę przeczytał i nad jej wartością się zastanowił, rzadko się piszą. Książka pod tytułem „Choroby narządu słuchowego“, opracowana przez d-ra HEIMANA, obejmuje 722 stronicę druku i zawiera 116 rysunków w tekście. Podręcznik

swój autor przeznaczca dla studentów medycyny i lekarzy praktyków; ma on dla pierwszych zastąpić wykłady teoretyczne i demonstracje kliniczne, dla drugich zaś ma niejako stanowić uzupełnienie wykształcenia lekarskiego.

Podręcznik tak specjalnej gałęzi medycyny, jak otyatria, dla spełnienia powyższych zadań powinien być o ile możności zwięzły i napisany poprawnym językiem. Książka d-ra H. jest stanowczo za rozwlekła, zawiera dużo rozdziałów, któreby mogły śmiało bez żadnej szkody dla czytelnika niespecjalisty być usunięte, inne zaś znakomicie skrócone.

Szkoda, że autor nie wprowadził w czyn pierwotnego swego zamiaru, wyrażonego w przedmowie, a mianowicie, wydania krótkiego podręcznika dla lekarzy praktyków i studentów medycyny. Byłoby w nim wtedy mniej balastu literackiego, ale za to wystąpiłaby wybitniej indywidualność autora i nadałaby podręcznikowi więcej cech oryginalności. Tymczasem podręcznik tak obszerny i tak szeroko zakreślony wymagał posiłkowania się cytatami z obcych autorów — często a może zbyt często przytaczaniem w podręczniku d-ra H. w dosłownym tłumaczeniu. Gdyby autor przynajmniej cytaty zaopatrzył w cudzysłowy i w odnośnikach wskazał tytuły książek i broszur, z których cytata została zapożyczona, ułatwiłoby to nieraz odszukanie czytelnikowi, obeznanemu z literaturą otyatryczną, odpowiedniego ustępu i zrozumienie niejasno nieraz przytoczonej cytaty. Podręcznik autor podzielił na dwie części, a mianowicie na część ogólną i na część szczegółową.

W części ogólnej po przedmowie i wiadomościach historycznych, autor w oddzielnym rozdziale omawia znaczenie i ważność chorób ucha, przechodząc następnie do obszernego opisu anatomii ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego.

W rozdziale, zatytułowanym: wiadomości historyczne — wkraść się rażący błąd przy zestawieniu zasług Feliksa PLATER'a i Fabriciusza HILDANUS'a. Ten ostatni miał jakoby w sto lat później, t. j. po PLATER'ze, urzeczywistnić jego słabe usiłowania. Tymczasem z podanych lat, w których obaj żyli, okazuje się, że żyli oni prawie jednocześnie. Jakim więc sposobem owe sto lat może odnosić się do Fabriciusza HILDANUS'a?

Rozdział drugi „O znaczeniu i ważności chorób ucha“ zawiera przeważnie poglądy, wypowiedziane ongi przez v. TRÖLTSCH'a.

W rozdziałach 3 i 4 autor podaje obszernie anatomię ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego wraz z krótką fizyologią. Pomimo obszernego opisu anatomii ucha, brak anatomii kości skroniowej z wykazaniem różnicy w jej budowie u noworodków, dzieci i dorosłych — różnicy bardzo ważnej przy ocenianiu rozszerzania się spraw ropnych ucha środkowego na jamy czaszkowe. Błędne jest twierdzenie, jakoby kanał kostny FALLOPIUSZ'a „tworzył dziurę rylcosutkową“ i że „jama sutkowa jest pustą“. Kosteczki słuchowe nie tworzą „ogniwa“, lecz łańcuch, idący od błony bębenkowej do okienka. Brak rysunków, objaśniających stosunki topograficzne ucha środkowego, zachyłka i wyrostka sutkowego.

W rozdziale, opisującym fizyczne badanie narządu słuchowego, autor twierdzi, że wzierniki o powierzchni wewnętrznej błyszczącej dają jaśniejsze obrazy. Zdaniem sprawozdawcy rzecz ma się wprost przeciwnie. Wzierniki takie rażą oko badającego i wytwarzają refleksy, zaciemniające obraz błony bębenkowej, i utrudniają badanie. Na str. 109 autor twierdzi, „że światło cewnika powinno odpowiadać w zupełności grubości świeczki, ażeby zapobiedz zbaczaniu jej w niewłaściwym kierunku“. Wniosek jest zupełnie nieuzasadniony, gdyż zba-

czanie świeczki nie zależy bynajmniej od światła cewnika, lecz od zakrzywienia dzioba cewnika. Im dziób cewnika będzie bardziej zakrzywiony, tem łatwiej opierać się będzie o wargi ujścia gardzielowego trąbki i tem łatwiej świeczka niezależnie od światła cewnika wejdzie do trąbki.

Omawiając przewodnictwo kostne dla kamertonów za pomocą próby WEBER'a str. 122, autor wyraża się w następujący sposób: „Dodatni wynik próby WEBER'a oznaczam W (EBER) +, ujemny zaś jako W (—)“. Jestto oryginalny pogląd autora, odstępujący od ogólnie dotąd przyjętej w otyatrii zasady i niczem nieuzasadniony. Specjalista nie zrozumie, po co właściwie autor modyfikację taką w określeniu próby WEBER'a wprowadza, a początkujący otrzyma informację niezgodną z rzeczywistością.

Pod nazwą próby WEBER'a pojmujemy bowiem następujące zachowanie się ucha przy badaniu kamertonem, ustawionym na linii środkowej czaszki:

Jeżeli jedno ucho (u osobnika zdrowego na uszy) zatkamy palcem, wtedy dźwięk kamertonu, ustawionego na linii środkowej czaszki, będzie słyszany uchem zatkanem, czyli, jak się Niemcy wyrażają, „der Ton wird nach rechts oder links lateralisirt“, Francuzi „le diapason — vertex est perçu à droite ou à gauche“, my zaś powiemy, „dźwięk kamertonu zbacza ku stronie prawej lub lewej“.

Autor rozróżnia w stanach chorobowych zbaczanie dźwięku kamertonu ku stronie ucha chorego i to nazywa WEBER (+) i zbaczanie dźwięku kamertonu ku stronie ucha zdrowego i to nazywa WEBER (—). Sądzę, że określanie WEBER (—) wogóle nie ma żadnej podstawy i też przez nikogo dotąd nie było używane, gdyż WEBER zawsze będzie (+), no chyba tylko w przypadkach obustronnego zajęcia błędnika, a wtedy określenie WEBER (—) nie będzie odpowiadało temu znaczeniu, jakie mu chce nadać d-r H. Zatrzymałem się dłużej nad niewłaściwością takiego oznaczenia próby WEBER'a, gdyż ma ono doniosłe znaczenie praktyczne. Autorzy np. młodszy, którzy wiadomości swe otyatryczne zechcą wyłącznie czerpać z podręcznika d-ra H. i uwierzą w „*verba magistri*“, opisując przypadki chorobowe i wspominając o próbie WEBER'a, oznaczają ją będą według wskazówek d-ra H. Czytelnik, nie znający podręcznika d-ra H., wyczyta np. że próba WEBER'a wypadła (—), no i nie zrozumie, co to ma znaczyć.

Po cóż więc wprowadzać określenie niczem nie uzasadnione i dla otyatrów niezrozumiałe?*)

Na str. 135 i 136 autor, podając opis wydzieliny z ucha, wyraża się w następujący sposób: „wydzielina jest płynną, składa się ze śluzu, surowicy, ropy, krwi i płynu mózgodzeniowego, niekiedy też wydzielają się cząsteczki mózgu“. Wątpię bardzo, czy autor zgodziłby się na podobne określenie części składowych wydzieliny z ucha, gdyby uważnie zdanie to przeczytał.

Określenie objawu autophonii, str. 136, jest tak niejasne, że wątpię, czy czytelnik będzie w stanie wyrobić sobie pojęcie o tym objawie. Omawiając dezynfekcję (dla czego nie odkażanie?) i wspominając o odkażaniu rąk operatora, autor występuje przeciw przesadnemu szorowaniu i odkażaniu rąk operatora, uzasadniając to znanym faktem, że nawet najenergiczniejsze oczyszczanie rąk nie jest w stanie usunąć wszystkich bakterii, i sądzi, „że jeżeli drobnoustroje, których szkodliwości nie dowiedziono, trzymają się tak mocno rąk, to one chyba przy operacji nie dostaną się do rany“. Któż się może zgodzić na podobną argumentację? Dziwnem się również wydaje, dla czego autor radzi stosować przy

*) O słuszności powyższych uwag odnośnie próby Weber'a dowodnie można się przekonać w ogłoszonej świeżo książce d-ra Męczkowskiego o nerwicach urazowych

operacjach w przewodzie słuchowym, na błonie bębenkowej i w jamie bębenkowej odkażanie za pomocą środków przeciwnilnych. Chyba już dziś pod tym względem nie może być dwóch zdań, i tu wyłącznie powinna być stosowana sterylizacja narzędzi. Wszelkie w tym względzie koncesye, jak wycieranie wizerników watą i zanurzanie na kilka minut w 5% roztworze kwasu karbolowego, muszą być uważane za błędy lekarskie.

Zarzut, czyniony pałeczkom, zakończonym śrubką do nawijania wacików i służącym do wycierania wydzieliny, z głębi ucha pochodzącej, jest zupełnie nieuzasadniony. Narzędzie to oddaje nieocenione usługi i nie da się zupełnie zastąpić kleszczykami. Co do możliwości zawalania palców przy odwijaniu waty, to jest to, jak wogóle wszelkie rękoćzyny, zależne od przyzwyczajenia i od zręczności osobistej.

O jakiej zawartości jamy bębenkowej, istniejącej u płodu podczas życia wewnątrzmacicznego, a która po urodzeniu ma się opróżnić drogą trąbek EUSTACHIUSZ'a, autor myśli, trudno zrozumieć. Na str. 187 autor pisze: „silne dźwięki, szумы, działające czas dłuższy, wywołują odrętwienie i porażenie przyrządów końcowych nerwu słuchowego”. Co to jest odrętwienie przyrządów końcowych nerwu słuchowego? Na teże stronicy autor żąda, aby „inne środki, zakłócające spokój, zwłaszcza w nocy, były surowo zabronione”. Jakież to są środki, zakłócające spokój, i przez kogo mają być zabronione?

Technika badania pośmiertnego opracowana jest podług książki POLITZER'a: „Zergliederung des Gehörorgans”. Wątpię bardzo, czy bez podania rysunków, objaśniających metodę SCHALLE'go, czytelnik będzie w stanie sekcyę taką z opisu, podanego przez autora, wykonać.

Część szczegółowa obejmuje rozdziały od 11—23. Opisując wady rozwojowe muszli usznej, autor przytacza pomiędzy innymi przytwierdzenie muszli do wargi, szyi, łopatki i t. d. Że muszla może być przytwierdzona w okolicy szyjowej, do policzka i do barku, to o tem wiemy z literatury, aby jednak przytwierdzała się do wargi lub łopatki, jest to rzeczą dotąd nieznaną, i należałoby przynajmniej podać rysunek tych ciekawych przypadków.

Na str. 200 autor twierdzi, że lekkie oparzenia muszli nie wymagają żadnego leczenia, i dodaje przytem, najwyżej okład zimny lub posypanie oparzonych części proszkiem krochmalowym i pokrycie watą. Czyż postępowanie powyższe nie jest leczeniem? Mówiąc o othaematomie, autor określa największą jego wielkość równą wielkości orzecha laskowego, sądzę, że jest to *lapsus calami* — chyba ma być wielkości orzecha włoskiego.

Na str. 206 autor przy bólach głowy, utracie przytomności, objawach, występujących podczas przebiegu róży muszli usznej, radzi prócz pęcherza z lodem czasem stosować pijawki. Przy róży o stosowaniu pijawek nie powinno zupełnie być mowy, a to tem bardziej, że objawy powyższe, jako zależne od wysokiej ciepłoty, wraz z jej spadkiem ustępują. W zupełności podzielam zdanie autora co do skuteczności wacików z karbolgliceryną przy wrzedzionkach przewodu słuchowego, należałoby jednak położyć nacisk na tę okoliczność, że wacik taki powinien być tak skręcony, aby wywierał pewien ucisk na ściany przewodu słuchowego. Na str. 236 autor twierdzi, że „nierzadko, zwłaszcza u osób dyskratycznych, na miejscu, gdzie się otworzyła wrzedzionka, zaczyna bujać ziarnina etc”. Nie ma to chyba żadnego związku z dyskrazyą, no i określenie podobnych osobników nie jest zgodne z duchem naszego języka. Niejasny jest opis przypadku, spostrzeganego przez POLITZER'a, w którym jakoby „ropień na wyrostku sutkowym otworzył się do wrzedzionki”.

Rada autora, podana na str. 253, aby naskórek i woszczek, gromadzący się poza ekzostozą przewodu, usuwać za pomocą przestrzykiwań, jest często niewykonalna, daleko łatwiej rozpuszczony woszczek za pomocą sody i gliceryny wydobyć za pomocą wacików, owiniętych na cienkie śrubki, zaś naskórek za pomocą małych łyżeczek. Przedziurawienia błony bębenkowej autor dzieli na urazowe i na powstałe wskutek choroby. Podając różne sposoby powstawania urazowego pęknięcia błony bębenkowej, autor między innymi przyczynami przytacza policzek, dobrze wymierzony. Co autor rozumie pod policzkiem dobrze wymierzonym? Zdaje się, że tylko uderzenie płaską dłonią w okolicę ucha i to w ten sposób, aby wskutek uderzenia takiego nastąpiło zgęszczenie powietrza w przewodzie słuchowym, zdolne jest wywołać pęknięcie błony bębenkowej nb. chorobowo zmienionej. W rozdziale o przedziurawieniach błony bębenkowej za mało autor uwzględnił umiejscowienie przedziurawień w ropnych zapaleniach ucha środkowego, ich rozpoznawcze i prognostyczne znaczenie. Przy opisie sposobów, zmierzających do zamknięcia otworów w błonie bębenkowej, autor wspomina o przypadku z zejściem śmiertelnym po leczeniu lapisem. Szkoda, że przypadek tak wyjątkowy nie został przez autora szczegółowo opisany. Niezrozumiały jest następujący ustęp: „Przy nieznacznym ropieniu błonki (sztucznej) nie usuwam, lecz zadmuchuję sproszkowany kwas borny, i to często wystarcza do usunięcia ropienia i objawów odczynowych”. Wszak ropienie w tych przypadkach pochodzi z jamy bębenkowej, a momentem, wywołującym nawrót ropienia, jest właśnie owa błona sztuczna — jakim więc sposobem postępowanie takie może być uważane za racjonalne? Dlaczego sztuczna błona bębenkowa ma być przeciwwskazana przy zupełnym zniszczeniu błony bębenkowej? Twierdzenie takie należałoby umotywować.

W rozdziale, omawiającym ostre zapalenie błony bębenkowej, autor pomiędzy przyczynami, wywołującymi takie zapalenie, przytacza nalanie do ucha mas rozpalonych. Co pod tym wyrażeniem należy rozumieć? Nie jasne też jest zdanie „zapalenie pierwotne ostre błony bębenkowej powstaje też pod wpływem pasorzytów”. Czy autor ma na myśli pasorzyty roślinne (*aspergillus* i t. p.), czy też zarazki chorobotwórcze, trudno się domyśleć. Wogóle w rozdziale, traktującym o ostrem zapaleniu błony bębenkowej, mowa o rzeczach, nie mających z zapaleniem takim ścisłego związku, jak o zniszczeniu błony przy szkarlatynie etc. Nacięcia błony bębenkowej przy silnym przekrwieniu i wypukleniu błony, wskazującym, że i jama bębenkowa zajęta jest sprawą chorobową, nie mają celu, daleko racjonalniej w tych przypadkach wykonać przekłucie błony. Odnosnie zmian anatomicznych przy przewlekłym zapaleniu błon bębenkowych, to nie można twierdzić, aby były takie same, jak w ostrem zapaleniu, i różnica miała polegać na tem, iż są bardziej wybitne. Wszak sam autor w dalszym ciągu opisuje zmiany patologiczne zupełnie różne od zmian, spostrzeganych w ostrem zapaleniu błon bębenkowych. Co ma znaczyć błona bębenkowa przepocona? Przy leczeniu ostrego nieżytu trąbki EUSTACHIUSZ'a autor radzi ostrożnie stosować wstrzykiwania leków, sądząc, że raczej należałoby ostrzegać przed takimi wstrzykiwaniami.

(D. n)

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— HARRY M. SHERMAN rozpatrzył znane dotąd w literaturze przypadki operacyjnego leczenia ran serca i wykonał odnośnie badania doświadczalne. Opisano dotychczas 34 przypadki szwu serca przy ranach tegoż, pierwszy z r. 1896. W 32 przypadkach były rany klute, w dwóch — postrzałowe; z liczby operowanych wyzdrowiało 13. Doświadczenia na 11 psach miały na celu zbadanie techniki szwu oraz sposobu i trwania zagojenia. Autor zaleca ustalenie (*fixatio*) serca nie przy pomocy kleszczy, lecz przez założenie dwóch pętlic ze szwów. Przy takim ustaleniu czynność serca bywa spokojniejsza,

a przez skrzyżowanie pęteli można kontrolować krwawienie. Do szycia nadaje się najlepiej katgut, a zagojenie następuje wcześniej, nim katgut został wchłonięty. Szwy należy głęboko nakładać. Główne niebezpieczeństwo grozi choremu ze strony zakażenia. Autor zaleca założenie sączka, oddzielnego dla każdej jamy surowiczej, tak, iż osierdzie opróżniać się może w kierunku rany, opłucna — w kierunku linii pachowej. Z 11 psów, tylko dwa przeżyły operację, reszta zginęła z posocznicy; żaden jednak nie zginął skutkiem krwotoku z rany. (Med. Rec. 6. 1902). P.

Wiadomości bieżące.

— Od 1-ego stycznia 1903 r. zacznie wychodzić w Berlinie nowe czasopismo dwutygodniowe p. t. „Biochemisches Centralblatt“, poświęcone zagadnieniom pokrewnym i medycynie i chemii. Głównym redaktorem będzie d-r C. OPPENHEIMER, a jako stali współpracownicy: EHRLICH, FISCHER, KOSSEL, LIEBREICH, F. MÜLLER, PROSKAUER, SALKOWSKI i ZUNTZ.

— W Berlinie utworzył się komitet w celu zbierania składek na pomnik dla VIRCHOW'a.

— Wychodzące w Paryżu od lat 50 czasopismo p. t. „Gazette hebdomadaire“ od stycznia roku przyszłego ma przestać wychodzić.

— Prof. nadzwyczajny Uniwersytetu Jagiellońskiego d-r Przemysław PIENIAŻEK otrzymał tytuł prof. zwyczajnego.

— D-r Kazimierz MAJEWSKI otrzymał *veniam legendi* z zakresu okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Cholera w Egipcie nie przestaje panować; notowane są liczne przypadki zachorowań zarówno w Kairze, jak i w Aleksandryi.

— Potrzebny lekarz w Kurowie¹gub. Lubelskiej. Osada liczy 6000 mieszkańców i leży przy kolei. Jest zapomoga. Wiadomość bliższa u aptekarza.

— Zmarli. W Petersburgu d. 20 z. m. zmarł d-r Alfons ERLICKI w wieku lat 56. Zmarły urodził się w Marymoncie nauki lekarskie studiował w byłej szkole głównej w Warszawie. Niektóre z prac zmarłego były drukowane i w naszym czasopiśmie. Oddzielnie wydał pracę p. t.: Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych.

— W Warszawie zmarł d-r Rafał WITKOWSKI w wieku lat 39.

— Znany chirurg berliński, dyrektor oddziału chirurgicznego szpitala Friedrichshain w Berlinie d-r Eugeniusz HAHN.

— LENNOX BROWN znakomity laryngolog londyński.