

GAZETA LEKARSKA.

I. Z ODDZIAŁU DRA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU Ś-GO DUCHA.

PRZYPADEK KOSTNIAKA OPONY TWARDEJ

(OSTEOMA DURAE MATRIS) NIEZWYKŁEJ WIELKOŚCI.

[Podług demonstracji na posiedzeniu W. T. L. w dniu 8-go kwietnia r. b.]

Podali

T. Stano i St. Kopczyński.

Przewlekłe cierpienia opon mózgowych, z wyjątkiem *pachymeningitis haemorrhagica interna* i *meningitis syphilitica*, jak twierdzi OPPENHEIM ¹⁾, nie stanowią pod względem klinicznym żadnych jednostek nozologicznych. *Pachymeningitis externa* występuje w następstwie najrozmaitszych cierpień czaszki, a co się tyczy przewlekłego zajęcia opon miękkiej i pajęczej, to, jak wiadomo, najczęściej spotykamy je przy przewlekłym zatruciu alkoholem. Widzimy wtedy, szczególnie na wypukłości mózgu, wybitne zmętnienie i zgrubienie tych opon; zaznaczyć jednak należy, że zupełnie podobne zmiany obserwować można przy rozlanem zajęcia kory mózgowia, zwłaszcza przy *dementia paralytica*, *dementia senilis* i przy *chorea hereditaria Huntingtoni*.

Najczęściej sekcyja przypadkowo wykrywa wspomniane wyżej zmiany w oponach; innym razem podstawowe cierpienie mózgu pokrywa sobą objawy ze strony opon, które wtedy ustępują na plan dalszy.

Meningitis chronica ossificans spotykamy nieraz przy sekcyi chorych umysłowo, epileptyków, także u osób, które przez szereg lat cierpiały na uporczywe bóle głowy.

Przypadek, opisany poniżej, przedstawia również więcej interes anatomo-patologiczny, niż kliniczny. Objawy, istniejące za życia, wskazywały na pewne zajęcia opon, lecz o podobnie wybitnem nowotworzeniu kostnem, oczywiście trudno było myśleć.

¹⁾ OPPENHEIM. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin. 1898. str. 530 i 557.

Józef E., wyrobnik, lat 50, przybył do szpitala S-go Ducha na oddział D-ra SOKOŁOWSKIEGO dnia 16 lutego 1902 r. ze skargami na silne bóle i zawroty głowy, trwające od 3-ich tygodni; od kilku miesięcy chory nieco kaszle, nie odpluwając zupełnie; w ostatnich czasach stracił prawie zupełnie apetyt, wychudł i osłabł znacznie. Przed 3-ma laty był w ciągu 5—6 tygodni „spuchnięty cały prawie”; innych chorób nie przebywał. O rodzinie żadnych wiadomości dać nie może. Pił zawsze dużo. Na syfilis wskazówek nie daje.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e wykazywało: chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej; odżywienie nędzne. Granice płuc obniżone o jedno żebro; u prawego szczytu w okolicy nadgrzebieniowej nieznaczne przytłumienie odgłosu opukowego; oddech osłabiony; u lewego szczytu z przodu i od tyłu oddech wydłużony i zaostrzony; w dolnych ustępach płuc nieco rzężeń wilgotnych. Granice bezwzględnej tępości serca normalne; tony serca czyste, mocne, tętno dość twarde, średniego napięcia, 92 uderzeń na minutę; C. 37,2. Wątroba i śledziona nie powiększone. Zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego nie stwierdzono; język suchy, nieco obłożony. W moczu białka, ani cukru nie wykryto.

Układ nerwowy przedstawia zmiany następujące: chory przytomny, choć na pytania odpowiada niechętnie; mowa prawidłowa; świadomość zachowana. Chory wciąż niespokojnie porusza rękoma, jak gdyby czegoś szukał, to znów zapina guziki u koszuli, dotyka rękami głowy i t. p.; czasami daje się zauważyć lekkie drżenie rąk; leży chory najczęściej ze zgiętymi nieco kolanami. Żrenice równomierne, cokolwiek zwężone; na światło nie oddziałują wcale; na przystosowanie niezłe; dno oka zmian nie przedstawia. Nerwy czaszkowe również zadnych zбочeń od normy nie przedstawiają. Siła mięśniowa tak w kończynach górnych, jak i dolnych, *en masse* osłabiona bez wyraźnych porażeń. Drgawek nigdzie zauważyć nie można. Napięcie mięśni prawidłowe; sztywności karku niema. Odruchy ścięgnowe [kolanowe, z mięśnia dwugłowego] nieco wzmożone; odruchy podeszwowe dość żywe. Czucie prawidłowe; wzmożonej pobudliwości na ból zauważyć nie można. Chodzi chory swobodnie. Mocz i kał oddaje prawidłowo.

W ciągu następnych dwu dni po przybyciu do szpitala stan chorego pozostaje bez zmiany.

Dnia 19. II. Ciepłota ranna 38,0; tętno 96 uderzeń na minutę. Chory w nocy kilkakrotnie zrywał się z łóżka przy zachowaniu zupełnej świadomości. Rano narzekał na daleko silniejszy ból głowy; ciągle stęka; oczy chwilami ma szeroko otwarte i zwraca je ku górze; usta również otwarte. Ciepłota wieczorna 37,5. Noc również niespokojna.

Dnia 22. II. pomimo stanu bezgorączkowego, przy tętnie 126 na minutę, chory pod wieczór zaczął znowu zachowywać się niespokojnie, wobec czego wstrzyknięto mu pod skórę $\frac{1}{8}$ gr. morfiny. Po tym zabiegu chory spał daleko lepiej; następnego dnia rano był o wiele spokojniejszy, bóle głowy mniejsze. Wieczorem tegoż dnia, t. j. 21. II, ciepłota podniosła się do 38,0; w nocy chory stękał, wstawał z łóżka, krzyczał.

Rano dnia 22. II. ciepłota 37,0; tętno 106; ból głowy bardzo silny; na zapytanie, gdzie go boli, chory wskazuje ręką to na czoło, to na tył głowy. Sztywności karku niema. Wieczorem wstrzyknięto $\frac{1}{12}$ gr. morfiny; noc przeszła dosyć spokojnie. Rano dnia 23. II. stan bezgorączkowy, tętno dość drobne, 96 uderzeń na minutę. Chory apatyczny, oczy ma zamglone; źrenice zwężone więcej, niż w chwili przybycia do szpitala. Następne dwa dni bez zmiany; stan bezgorączkowy, tętno drobne, 92 na minutę. Dnia 26. II. chory bardziej niespokojny, termometru założyć nie daje; w nocy mówił od rzeczy, ciągle chciał coś łapać w powietrzu rękami, nad ranem uspokoił się, ale co chwila chwytą się rękami za głowę, zwracając oczy ku górze; drgawek, ani sztywności karku niema. Noc następna spokojniejsza.

Dnia 28. II. chory chwilami traci przytomność, mówi od rzeczy, stęka, pokarmów przyjmować nie chce, mocz oddaje pod siebie; tętno słabe, 76 uderzeń na minutę.

Dnia 1. III. tętno bardzo słabe, 56 uderzeń na minutę; kończyny chłodne, zupełna utrata przytomności; mocz i kał chory oddaje pod siebie.

Dnia 2. III. o godzinie 5-ej z rana chory, nie odzyskawszy przytomności, umarł.

Badanie zwłok pośmiertne dało wyniki następujące: U prawego szczytu płucnego liczne, drobne, zserowaciałe masy gruźlicze, u lewego — również; oprócz tego na wysokości lewego obojczyka, tuż pod nim, jama wielkości orzecha laskowego. Mięsień serca dość blady. W innych narządach wewnętrznych zmian wyraźnych nie znaleziono.

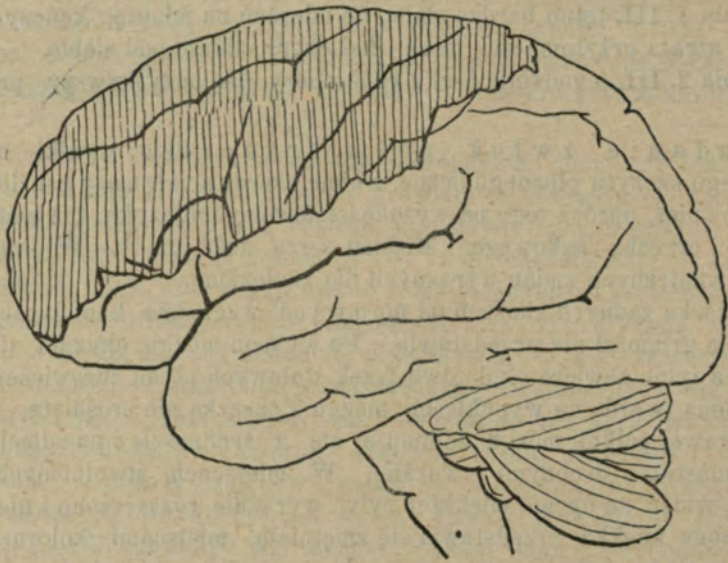
Czaszka żadnych zboczeń od normy pod względem konfiguracyi, ani pod względem grubości nie przedstawia. Po wyjęciu mózgu okazało się, że jama czaszkowa tylna zawiera około dwu łyżek stołowych płynu surowiczego.

Opona twarda na wypukłości mózgu z czaszką nie zrosnięta, z przedniej części prawej półkuli mózgu zdejmuje się z trudnością i po zdjęciu prześwieca kilkunastoma drobnymi otworami. W miejscach, uwolnionych od opony twardej, widać na oponie miękkiej żyły, wyraźnie rozszerzone i nieco pogięte. Sama opona miękka przedstawia się zmętniałą, miejscami koloru mlecznego, zwłaszcza nad brózdami; a w części, pokrywającej *gyrus centralis anter.* i *gyri frontales I et II* wybitnie zgrubiała, barwy mlecznej, z licznymi nowotworzeniami o charakterze włóknistym. Nowotworzenia te w miejscach, odpowiadających dziurkom w oponie twardej, przedstawiają kostne blaszki, wielkości przeciętnie od kilku milimetrów do jednego centymetra średnicy; liczba blaszek wynosi kilkanaście. Granulacye PACHION'a obfitsze, niż zwykle.

Wewnętrzna powierzchnia opony twardej, pokrywająca przednią i środkową część prawej półkuli [na wypukłości mózgu], przedstawia się nierówną; w miarę posuwania się w kierunku *processus falciiformis major* widać na niej mnóstwo cienkich włókienek ścięgniętych z mocno błyszczącym połyskiem; biegną one przeważnie prostopadle do *processus falciiformis*; pomiędzy nimi widać zrosnięte z oponą twardą grube naczynia krwionośne, które następnie w miarę oddalania się od *processus falciiformis* ku obwodowi przechodzą pod oponę miękka swobodnie i zatracają wtedy wszelki związek z oponą twardą

Processus falciformis w części, odpowiadającej środkowi wypukłości mózgu, wchodzi w głąb między obie półkule na dwa centymetry i u podstawy swej przedstawia rodzaj grzebienia kostnego, szerokości około jednego centymetra.

Z przedniej i środkowej części lewej półkuli, na wypukłości mózgu opony twardej zdrzeć nie można; jest ona mocno zrosnięta z leżącą pod nią skorupą kostną, najzupełniej odpowiadającą pod względem konfiguracyi samej czaszce. Długość tej skorupy kostnej wynosi 17 centymetrów, szerokość w przedniej części 5, w środkowej 7, w tylnej 4,5 ctm. Cała skorupa ma postać półkręgu ze średnicą, idącą wzdłuż w *sulcus longitudinalis* na przestrzeni 17 ctm. i z obwodem nierównym, bo zakończonym ostrymi kostnymi występami [patrz rysunek].



Wspomnianej wyżej skorupy kostnej od mózgu oddzielić łatwo nie można. Po oderwaniu jej z użyciem pewnej siły, na wewnętrznej powierzchni tej skorupy widzimy szereg nierówności i chropowatości, a w przedniej i środkowej częściach kompletne przedziurawienia (*usura*) ze średnicą 0,5 ctm. Grubość skorupy kostnej, na obwodzie ścięcałej, wynosi w okolicy *processus falciformis* 6—7 mm. Na chropowatej powierzchni wewnętrznej widać miejscami kość obnażoną zupełnie, miejscami zaś pokrytą błoną, która jak, to widać na obwodzie, przechodzi na nią z opony twardej. W niektórych miejscach wolnej opony twardej ta błona wewnętrzna jest zupełnie swobodna i sprawia wrażenie, jak gdyby skorupa kostna była pokryta jedną rozszczepioną błoną. W wielu miejscach wewnętrznej powierzchni skorupy kostnej widać naczynia krwionośne większe i mniejsze, nieco pocięte; łączności tych naczyń z większymi w niektórych miejscach wysledzić nie można.

Opona twarda na wypukłości skorupy odrywa się od niej z trudnością. Przy słabem odrywaniu widać smugi łączno-tkankowe pomiędzy nią a skorupą; a zresztą skorupa ta na wypukłości swej jest dość gładka.

Po oderwaniu skorupy od mózgu wszystkie zrazy lewego płatu [czołowego przedstawiają się spłaszczonymi. W kilku miejscach, odpowiadających przedziurawieniom skorupy, substancja mózgu przedstawia dość znaczne wypukłości. Opony: pajęczna i miękka pod skorupą kostną są mocno zmętniałe i zgrubiałe, co uwydatnia się jeszcze więcej w poszczególnych brózdach między zawojami.

Na podstawie mózgu zmętnienia opon są mniej wyraźne. Naczynia krwionośne, jako to: *art. basilaris, arteriae fossae Sylvii sin. et dext. i arteriae circuli arteriosi Willisii* makroskopowo mają wygląd zupełnie normalny; blaszek sklerotycznych nie zawierają. Przy przecięciu mózgu, oprócz nieznacznego rozszerzenia komór bocznych z niewielką zawartością w nich płynu surowiczego—nie nienormalnego nie znaleziono.

Badanie drobnowidzowe skrawka z tej skorupy kostnej, dokonane łaskawie przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało zupełnie typową budowę kostną.

W przypadku naszym chodziło więc o chorego, dotkniętego gruźlicą płuc, który ze strony układu nerwowego za życia przedstawiał następujące objawy: podmiotowo—ból głowy bez ścisłego umiejscowienia, przedmiotowo—stan pewnego podniecenia, chwilami bredzenie, w ostatnich dniach często stan apatyj. Sztywności karku, zwolnienia tętna, wybitnej nadczułości i t. p. objawów podrażnienia opon, stwierdzić nie mogliśmy. Nie było również żadnych objawów ogniskowych podrażnienia, ani porażenia. Ze strony źrenic notowaliśmy brak oddziaływania ich na światło. Na dnie oczu oftalmoskop zmian nie wykrywał.

Przy badaniu zwłok pośmiertnem, oprócz zmian gruźliczych w płucach, znaleźliśmy w mózgu objawy przewlekłego zajęcia wszystkich opon, zwłaszcza zaś opony twardej pod postacią niezwyklego nowotworzenia kostnego, a mianowicie—dużej kostnej skorupy. Skorupa ta pokrywała przednią i środkową część lewej półkuli mózgu.

Jak o tem wspominaliśmy na wstępie, podobne zmiany oponowe nie dają charakterystycznych objawów klinicznych. Przypuszczając przewlekłe cierpienie opony twardej, wykluczaliśmy jednak t. zw. *pachymeningitis haemorrhagica interna*: ani w wywiadach, ani podczas obserwacji szpitalnej nie mogliśmy stwierdzić owych nasileń w chorobie z przejściowemi porażeniami i drgawkami, które to objawy odpowiadają ściśle wahaniom w zmianach anatomicznych, przynajmniej przy cięższych postaciach tej choroby; zmiany te, to nowe wylewy krwawe [t. zw. *haematomata durae matris*), powoli się wsysające, świeże nowotworzenia tkanki na wewnętrznej powierzchni opony twardej i t. p.

Przeciw syfilitycznemu cierpieniu opon przemawiał przede wszystkim brak jakichkolwiek objawów ogniskowych. Przy syfilisie opona twarda często zrasta się z oponami miękkimi. Na naszym preparacie zrosty takie obser-

wowaliśmy w wielu miejscach, a nawet po stronie prawej mieliśmy na mocno zmętniałej oponie pajęczej mniejsze i większe blaszki kostne; mogły one za punkt wyjścia mieć istotnie opony miękkie. Lecz syfilis wypukłości mózgu należy przytem do rzadkości, umiejscawiając się zwykle na jego podstawie.

Nowotwór mózgu wykluczaliśmy z dużem prawdopodobieństwem z powodu braku zastoiny brodawek nerwu wzrokowego przy silnych bólach głowy, z powodu braku nudności, wymiotów i tym podobnych objawów wzmózonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Przypadek nasz przedstawia interes głównie anatomo-patologiczny.

BIRCH-HIRSCHFELD ¹⁾, analizując szczegółowo powstawanie *pachymeningitidis haemorrhagicae internae*, podaje, że w późniejszych okresach tego cierpienia sprawa dochodzi nieraz do wytwarzania twardych, grubych łączno-tkankowych uwarstwień (*Auflagerungen*) na wewnętrznej powierzchni opony twardej. Dalej, rozpatruje różne rodzaje nowotworów, spotykanych w oponie twardej i mówi, że w samej oponie twardej powstają nieraz nowotworzenia kostne bez związku z czaszką. Najczęściej chodzi tu o blaszki lub skorupy kostne, mające swe siedlisko albo w oponie twardej, pokrywającej korę mózgowia, albo w *processus falciformis*, albo wzdłuż dużych podłużnych zbiorników krwi żyłnej, lub też przy *tentorium cerebelli*. Rzadziej dochodzi do nowotworzenia kostnego pod postacią mas twardych, chropowatych z ostrymi wyrostkami (*exostoses*), przedziurawiającymi oponę twardą i drażącymi wgląb mózgu ²⁾.

W literaturze naszej spotykamy jedną tylko wzmiankę o podobnego rodzaju przypadku, spostrzeganym przez BĄCEWICZA ³⁾.

Autor, mianowicie, podaje, że przy badaniu zwłok pośmiertnem 36-letniej suchotnicy, która w ostatnich tygodniach życia cierpiała na silne bóle głowy a skończyła samobójstwem, oprócz ograniczonych zmian w płucach natury gruźliczej znaleziono na wewnętrznej powierzchni opony twardej w kierunku szwu strzałkowego 5 płaskich kostek ruchomych z brzegami ostrymi; największa jednak z tych kostek nie dochodziła cała długości, a ćwierć cała szerokości.

Co się tyczy etyologii cierpienia w naszym przypadku, to mieliśmy tu dwa momenty, z których każdy z osobna mógł spowodować opisane wyżej zmiany: gruźlicę i przewlekłe zatrucie alkoholem. Drugie częściej daje podobne zmiany, choć i rola pierwszego czynnika w przewlekłym cierpieniu opon jest również znaczna. Brak oddziaływania lub bardzo leniwe oddziaływanie źrenic na światło u starych nawykowych pijaków jest zjawiskiem dość częstem.

¹⁾ BIRCH-HIRSCHFELD. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Tom. II. cz. 1. str. 255.

²⁾ Prof. PRZEWOŚKI, który łaskawie badał opisywany preparat, podaje, że zaledwie [parę razy do roku spotyka przy sekcyi i to niewielkie, najwyżej kilkunantymetrowe blaszki kostne w oponach. Tak niewielkiego kostniaka, jak nasz [17 ctm. długości i 7 szerokości], nigdy jeszcze nie widział.

³⁾ BĄCEWITZ J. Skostnienie błony mózgowej u suchotnicy. Pam. Tow. Lek. War. 1843. IX. 59.

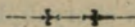
Syfilityczne pochodzenie danego cierpienia możemy wykluczyć na mocy braku zmian specyficznych na czaszce [zgrubień kostnych i t. p.], braku właściwych syfilisowowi zmian w narządach wewnętrznych i wreszcie na mocy braku syfilisu w wywiadach.

W końcu podnieść jeszcze należy, że pomimo, iż owa duża skorupa kostna pokrywała sobą cały pas ruchowy mózgu (*zona motoria*) i uciskała wszystkie zawoje czołowe po stronie lewej, powodując ich wybitne spłaszczenie, żadnych objawów ogniskowych porażenia, ani podrażnienia, żadnych wyraźnych zaburzeń inteligencji prawie do ostatnich dni życia u chorego naszego nie można było zauważyć.

II. Wyniki i najnowsze metody leczenia suchot płucnych w sanatoryjach.

Podał

Kazimierz Rzętkowski ¹⁾.



I.

Od czasów BREHMER'a, t. j. od roku założenia pierwszego sanatorium specjalnego w Görbersdorfie na Śląsku [1859], leczenie gruźlicy płuc w specjalnych tego rodzaju zakładach zyskało powszechne prawo obywatelstwa. Dziś, kiedy od tego czasu upłynęło lat wiele, kiedy setki i tysiące chorych przeszło przez sanatoria, istniejące już we wszystkich krajach ucywilizowanych, mamy prawo zapytać się, jakie też są wyniki sanatoryjnego leczenia gruźlicy płuc? Tem większe mamy prawo my właśnie, będąc w przededniu założenia sanatorium u nas...

Aby odpowiedzieć na to pytanie, musimy zwrócić się ku danym statystycznym. Czy jednak dane te możemy sumować w całość bez zastrzeżeń, czy przedstawiają one materiał jednolity?

Na to pytanie niepodobna odpowiedzieć twierdząco. Przedewszystkiem odróżniać musimy dane z sanatoryów prywatnych i dane z sanatoryów ludowych. Do ostatnich są przyjmowani chorzy, którzy dają mniej lub więcej pewne szanse wyleczenia, zatem przeważnie chorzy w początkowych okresach choroby, tacy właśnie, o których myślał BREHMER, mówiąc: „*tuberculosis in primis stadiis—semper curabilis*“ [1856]. Sanatoria prywatne przyjmują wszystkich chorych płatnych w rozmaitych okresach choroby—od najłżejszych do najcięższych. Tu chorzy w ostatnich okresach choroby niewątpliwie ujemnie ciążą na staty-

¹⁾ Według odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie Lekarskiem Warsz. d. 24 czerwca 1902 roku.

stycie tych sanatoryów, która skutkiem tego w gorszym świetle przedstawia wyniki leczenia sanatoryjnego gruźlicy płuc.

Z drugiej strony—dotychczas nie zostało zgoła ustalonym pojęcie „poprawy“ stanu zdrowia u chorych, leczonych w sanatoryach. Jedni za wyleczenie, ew. poprawę stanu zdrowia uważają powrót do całkowitej sprawności zarobkowania [sanat. ludowe], inni poprzestają na poprawie subiektywnej, na skonstatowaniu przyrostu wagi chorych, który może być nieraz zadziwiająco duży i jest wogóle tem, co stosunkowo najłatwiej w sanatoryach osiągnąć się daje nawet u chorych ciężkich.

Wobec tego, biorąc sumarycznie liczbę chorych, którzy wyszli z „poprawą“ z rozmaitych sanatoryów i porównując ją z ogólną liczbą chorych z tych sanatoryów celem obliczenia w odsetkach istotnej skuteczności metody sanatoryjnego leczenia gruźlicy płuc, popełniamy duży błąd, ponieważ mieszamy pojęcie zupełnej poprawy stałej z wrzekomą poprawą niestałą. Że podobna kalkulacja nie może być podstawą dla oceniania rzeczywistych wyników sanatoryjnego leczenia gruźlicy płuc, to nie ulega wątpliwości. Daje ona tylko niejasne pojęcie odporności, z jaką sama sprawa wogóle przeciwstawia się naszym leczniczym zabiegom, o tem, czy bez względu na stan chorego i szcze gół metody leczenia, możemy wpłynąć dodatnio na siły ustroju. Bo jeżeli pierwsza statystyka odpowiada wymaganiom społeczeństwa od sanatoryów, to druga odpowiada tylko wymaganiom chorych, którym nieraz idzie już wyłącznie o przedłużenie życia.

Najwłaściwsze pojęcie o wynikach leczenia sanatoryjnego daje statystyka, prowadzona przez urząd ubezpieczeniowy miast hanzeatyckich ¹⁾. Statystyka ta obejmuje czas lat 8-iu [1893—1900] i liczbę chorych 3656 mężczyzn i kobiet, którzy leczyli się w rozmaitych sanatoryach ludowych. Z tych do rachunku wchodzi tylko 3578 osób, jako przebywających w zakładach dłużej nad trzy tygodnie. Najwięcej chorych leczono w sanatorium Oderberg [1154], dalej w St'Andreasberg [1064], Altenbrack [427], Bad Rehburg [276], Glückauf [219] i t. d. Chorzy pochodzili wyłącznie z warstw zarabiających na życie, rzemieślników, służby, drobnych handlujących, kasyerów, buchalterów, urzędników i t. p.

Wyniki leczenia osiągnięto następujące:

I. Odnośnie do sprawy miejscowej:

- 1) małe zmiany miejscowe znikły zupełnie u 696 osób [19,3%];
- 2) małe zmiany początkowe pozostały *in statu quo* u 626 osób [17,5%];
- 3) wyraźne, rozleglejsze zmiany zmniejszyły się znacznie u 1570 osób [43,9%];
- 4) wyraźne, rozleglejsze zmiany pozostały *in statu quo* u 455 osób [13,0%];
- 5) zmiany przybrały postać złośliwą u 216 os. [6,0%];
- 6) zmarło osób 5 [0,1%].

¹⁾ Die Handhab. des Heilverfahr. bei Versicherten durch die Landes-Versicherungsanstalt der Hansestädte im Jahre 1900 und Ergebnisse des Heilverfahrens i t. d. Lübeck Mai 1901.

II. Odnośnie do stanu ogólnego:

- a) znaczna poprawa—2237 osób [62,5%];
- b) poprawa—1041 osób [29,1%];
- c) żadna lub bardzo mała poprawa—232 osób [6,5%];
- d) pogorszenie—63 [1,8%].

III. Odnośnie do zdolności zarobkowania:

- a) odzyskało zdolność zupełną według wszelkiego prawdopodobieństwa—trwałą 656 osób [18,3%];
- β) zdolność zupełną, ale wątpliwie trwałą 2122 osób [59,3%];
- γ) poprawa zdolności do pracy do wysokości około $\frac{2}{3}$ całkowitej—455 osób [12,7%];
- δ) niezdolnych do pracy 340 osób [9,5%].

Ze statystyki tej dwie zwłaszcza rubryki zasługują na baczną uwagę naszą. Mianowicie: małe zmiany miejscowe znikły zupełnie u 19,5% osób i jednocześnie 18,3% chorych odzyskało całkowitą i stałą zdolność zarobkowania. Sądzę, że nie popełnimy błędu, jeśli tę ostatnią cyfrę, t. j. 18,3% przyjmujemy za cyfrę istotnych wyleczeń w sanatoryach ludowych. Zestawiwszy z nią cyfrę, wykazującą w rubryce II-ej znaczną poprawę stanu ogólnego, mianowicie 62,5%, dochodzimy do wniosku, potwierdzającego nasze powyżej wyluszczone poglądy, że poprawa stanu ogólnego jest tem, co najłatwiej daje się osiągnąć w sanatoryach, co jednak za sprawdzian istotnej skuteczności leczenia sanatoryjnego uważane być nie może.

Ta poprawa stanu ogólnego wyraża się przedewszystkiem w znacznym przyroście wagi, który skonstatowano u 93% chorych. Nadmienić muszę, że statystyka ta dotyczy chorych z nieznacznymi stosunkowo zmianami, a zatem chorych, który dają mniej lub więcej pewne szanse wyleczenia lub poprawy. Z tych—tylko 6,5% było z bardziej posuniętą sprawą w płucach, reszta zaś—z małymi zmianami, jako to: „kataralne“ objawy w jednym szczycie [20%], w obu szczytach [11%], nacieczenie niewielkie jednego szczytu [20%], obu szczytów [6,8%] i t. p.

Z objętych powyższą statystyką 3578 osób poddano w końcu roku 1900 powtórnemu badaniu 2450 osób co do zdolności ich zarobkowania. Wywiady w tym kierunku lub bezpośrednie badanie lekarskie wykazało, co następuje:

- zmarło 510 osób,
- niezdolnych do pracy 202 osób,
- zdolnych do pracy i zarobkujących 1738 osób.

Streszczając powyżej przytoczone dane statystyczne, obejmujące znaczną liczbę chorych i długi przeciąg czasu, dochodzimy do następujących wniosków:

1) Z odpowiednio dobranych chorych 18% zostaje całkowicie wyleczonych w sanatoryach ludowych i wypisuje się stamtąd z całkowitą zdolnością do pracy.

2) Większa część reszty ulega bardzo znacznej poprawie zarówno co do stanu ogólnego, jak i co do zdolności zarobkowania, która u bardzo wielu chorych okazuje się trwałą.

Tak więc dane statystyczne dotychczasowej działalności sanatoryów ludowych aż nadto wymownie świadczą o olbrzymich korzyściach, jakie sanatoryjne leczenie suchot płucnych społeczeństwu oddaje.

Zwróćmy się teraz ku statystyce mniej pewnej, mianowicie też ku statystyce, obejmującej przeważnie sanatoria prywatne. Przedstawia się ona jak następuje ¹⁾:

TABLICA Ia.

G d z i e	Za rok	Liczba chorych	Poprawa	Wyleczenie	Czas kuracyi
Albertsberg	1899	458	70%	?	dni 99
Alland	"	352	74	?	120
Kreis Altena	"	311	84	27	103
Davos Turban	1889—96	405	78	?	222
Glückauf	1899	88	72	9	?
Görbersdorf	"	881	84	?	77
Edmundsthal	"	111	81	33	91
Halla	do 1900	709	70	?	?
Oderberg	1899	423	79	10	?
Otweek	do 1901	204	62,2	8,8	57
Planegg	1899	271	70,8	1,8	74
Wald	1899	255	64	18	104
Vogelsang	1899	131	74	?	81
Ubezpieczeniowa st.	6 lat	3578	62,5	18,3	<21

Z tablicy powyższej wyciągnąć możemy ten jedynie wniosek, że bez względu na stan chorych i na szczegóły metody leczenia, w 62,2 do 84% —średnio w 73,1% przypadków—następuje mniej lub więcej znaczna poprawa stanu chorych. Co się tyczy cyfr, wykazujących odsetkę wyleczenia, to te—jak widzimy—wahają się w granicach bardzo znacznych, co zależy w pierwszej linii od stanu chorych w chwili przyjęcia ich do sanatorium, zwłaszcza zaś wobec faktu, że metoda leczenia sanatoryjnego suchot płucnych w rozmaitych sanatoriach jest prawie zupełnie ta sama.

Że stan chorych w chwili przyjęcia ich do sanatorium odgrywa decydującą rolę, na to wskazują choćby następujące dane. Tak np. w sanatorium ludowym Kreis Altena leczono w roku 1899/90 311 chorych. Z tych 170 było w I okresie [TURBAN ²⁾] choroby, 118 w II okr., 23 w III okr. Zupełną po-

1) Dane, poczerpnięte w Zeitschr. für Tbc. Rocznik I i II.

2) TURBAN—jak wiadomo odróżnia następujące okresy choroby:

I. Sprawa nieznacznego natężenia, zajmująca najwyżej jeden płat lub dwie połowy obu płatów.

II. Sprawa nieznacznego natężenia, zajmująca dwa płaty lub cięższa — zajmująca 1 płat.

III. Wszystkie cięższe, niż w II okr. sprawy.

Beiträge zur Kenntniss der Lungen -Tbc. Wiesbaden. 1898.

prawę z odzyskaniem całkowitej sprawności zarobkowania osiągnęło chorych z okresu:

I. 59 [34^o/o], II. 6 [5^o/o], III. 0.

Z sanatorium WEICKER'a [Görbersdorf] w roku 1899 wypisano 881 chorych w różnych okresach. Poprawę osiągnięto

u chorych z	I	okresu w	100 ^o /o	przypadków
"	I—II	"	100 ^o /o	"
"	II	"	90,7 ^o /o	"
"	II—III	"	57 ^o /o	"
"	III	"	43,7 ^o /o	"

Statystyka sanatorium TURBAN'a [Davos ¹⁾] dotyczy 408 chorych. Z tych 270 wypisało się ze zdolnością zarobkowania całkowitą lub mało zmienioną. Z powyższych 270 przypadków należało:

do I okr.	. . .	97,9 ^o /o
" II "	. . .	73,2 ^o /o
" III "	. . .	23,6 ^o /o

Wreszcie statystyka bliższego nam sanatorium w Otwocku zawiera następujące dane ²⁾:

z chorych w okresie	I	wyleczyło się	65 ^o /o
"	II	"	12,69 ^o /o
"	III	"	1 na 266 chorych

Co do gorączki:

z chorych w okr.	I	straciło gorączkę	100 ^o /o
"	II	"	83,7 ^o /o
"	III	"	24 ^o /o

Co się tyczy wpływu leczenia sanatoryjnego na znikanie laseczników w płwocinie, to statystyki nie bardzo obfitują w dane, dotyczące tej z wielu względów ważnej kwestyi.

Z 311 chorych, leczonych w sanatorium „Kreis Altena” w latach 1899/900, znajdowano przy wstępowaniu do zakładu laseczniki u 181. Z tych 41, t. j. 22,6% straciło laseczniki po ukończeniu kuracyi. Średni pobyt tych chorych w zakładzie trwał 103,7 dni. Z 255 osób, leczonych w sanatorium „Wald“, znajdowano laseczniki na początku i przy końcu kuracyi u 94 [45^o/o], tylko na początku u 7^o/o; u 2^o/o chorych pojawiły się laseczniki w płwocinie już podczas pobytu w zakładzie; nie znajdowano wcale, laseczników u 46^o/o osób. Z 63-ch chorych, których obejmuje statystyka fińskiego sanatorium Pitkajarri, 22^o/o chorych z lasecznikami przestało je wydzielać przy końcu kuracyi.

[D. n.].

¹⁾ loc. cit.

²⁾ Zdrowie 1902. IV. str. 337.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Z powodu oceny dra Kuczyńskiego w № 31 „Gazety Lekarskiej” dzieła T. Heimana p. t. „Choroby narządu słuchowego“.

Nie czuję się, wprawdzie, powołanym do wystąpienia w obronie dra HEIMANA, nie mogę jednak pominąć milczeniem pomyłki zasadniczej, której ofiarą, zdaje się, padła Redakcyja „Gazety Lekarskiej“, drukując w swem poczytnem piśmie ocenę dzieła HEIMANA p. t. „Choroby narządu słuchowego“, pióra dra KUCZYŃSKIEGO i dlatego uważam sobie za obowiązek w imię prawdy i sprawiedliwości wystąpić publicznie, aby przedstawić istotny stan rzeczy. Zaszedłbym, co prawda, za daleko, gdybym ocenę tę należyście zanalizować zechciał i zarzuty w niej postawione wyświetlił. Ograniczę się więc dlatego temi miejscami jedynie, które uważam za błędy ze strony recenzenta, a które niesłusznie obciążają imię autora.

Przedewszystkiem, nic w tem dziwnego, że w jednym podręczniku znajdują się podobne ustępy lub zdania, jakie w innym znowu znaleźć możemy. Wie o tem każdy, że co do treści zupełnie oryginalnym podręcznik być nie może, nie chodzi albowiem o to, aby autor koniecznie wypowiadał się ze swoich własnych tylko poglądów, lecz powinien on przedstawić nam całokształt wiedzy, tyżcej danego przedmiotu.

Anatomia narządu usznego, każdy rozumie, nie jest wynalazkiem własnego pomysłu autora, a że objawy przy niektórych cierpieniach, opisane przez H., odnajdujemy i w innych podręcznikach, nic w tem dziwnego nie widzę, jeśli uprzytomnię sobie, ile prac samodzielnych H. wydał na tem polu. Wystarczyłyby one do napisania podręcznika bez uciekania się do zapożyczeń od autorów obcych.

Zresztą, dr K. znajdzie się sam w sprzeczności ze sobą, jeśli uwydatnię fakt, iż wymienione przez dra K. dzieła POLITZER'a i URBANTSCHITSCH'a, skąd H. czerpać miał materiał do podręcznika swojego, wyszły latem 1901 r., to jest w tym samym prawie czasie, co i dzieło H. Wszystkie te dzieła doszły mnie prawie jednocześnie. Według mnie, jest to prawie absolutną niemożliwością w przeciągu 2-ch czy 3-ch miesięcy dzieło tej miary chociażby przetłómaczyć.

Przytem już parę lat wcześniej słyszałem, że H. pracuje nad takim podręcznikiem, a w r. 1900 na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie dowiedziałem się, że dzieło to jest na ukończeniu.

Przypatrzmy się teraz bliżej niektórym ustępom oceny dra K. Ustęp historyczny, według dra K., ma być zaczerpnięty z podręcznika SCHWARTZ'ego [autor MEYER]. Otóż przy porównaniu odnajduję mnóstwo wiadomości, których brak zupełnie w tym niby oryginalne, mianowicie: krótkie uwagi o anatomii, fizyologii i patologii ucha według pojęć Hippokratesa, ustępy o Apolloniuszu i Celsusie, podział chorób usznych Galena, uwagi o Trallianusie, postępowanie Pawła z Aeginy w pewnych chorobach ucha, niektóre dane o Valsalva'ie, o Chauliac'u, opis młoteczka i kowadelka przez VESALIUS'a, wyniki COOPER'a na 4-ch chorych, cytata WILDE'go, ocena działalności TROELTSCH'a i w. in., którychbyśmy napróżno szukali u MEYER'a. A może dr K. jest w stanie wskazać w pracy MEYER'a nazwiska; INGRASSIAS CAPIVACCI, LE COR, BOERHAVE i in.? Dalej, H. pisze ABULKASEM i CELLIER, MEYER zaś podaje ich jako ALBUKARES i CELLIEZ. O sławniejszych nowszych otyatrach, o których H. szeroko się rozpisuje, jako to o MOSS'ie, KNAPP'ie i in. wzmianki u MEYER'a nawet niema. To samo daje się powiedzieć o uwagach H. o rozwoju otyatrii w ostatnich latach.

Dlatego też zjawia się pytanie, jak mógł H. czerpać swe wiadomości z pracy, w której nie wiele podobnego się znajduje? Jeśli i zdarzają się pewne uwagi, do siebie podobne, toć przecie fakty historyczne pozostają zawsze jednymi i tymi samymi. Czyż nie słuszniej przypuszczać, że jak H., tak i MEYER czerpali swe wiadomości

z tych samych źródeł lub być może H. między innymi uwzględnił i pracę MEYER'a, jak przystało na sumiennego pisarza i autora?

Idźmy dalej. Ustępy z POLITZER'a na str. 16, 172 i 210 i z URBANTSCHITSCH'a na str. 233, wyjęty z dzieła LINCKE'go, nie przedstawiają zgoła żadnego podobieństwa, do odnośnych ustępów z podręcznika H. Wystarczałyby bezstronnemu czytelnikowi ustępy te porównać, aby przekonać się o całej bezzasadności twierdzeń tego rodzaju.

Powiada dr. K. dalej, że „część błędów w dziele H. pochodzi z błędów przekładu całych zdań lub pojedynczych wyrazów. „Pflasterepithel“ [POLITZER], twierdzi dr K., otrzymał np. nazwę „warstwy nabłonkowej“, „Wange“ i „Schulter“ [URBANTSCHITSCH] przetłómaczono, jako „warga“ i „łopatka“, „Ausbruch“ [POLITZER] otrzymał nazwę „pęknięcie wysypki“ i t. d.“

Orzeczenie to dra K. z gruntu jest bezzasadne, a to dlatego, że recenzent przedstawia sobie sprawy z dziedziny otyatrii nie tak, jak jest w rzeczywistości; wynika zaś to z zupełnego nieuwzględnienia, a nawet pominięcia innych dzieł z literatury otyatrycznej, składającej się dzisiaj bądź co bądź z czego więcej, jak z kilku podręczników.

H., mówiąc w swoim dziele, że „listek zewnętrzny błony bębnekowej składa się z warstwy naskórkowej i t. d.“ ma zupełną rację, zgodną z prawdą. Warstwa ta wcale nie ma znaczyć „Pflasterepithel“, lecz jest to t. z. „Cutisschichte“. A że „Pflasterepithel“ znaczy „nabłonek płaski“, pisze i o tem H., mówiąc nieco niżej o wewnętrznym listku błony bębnekowej. Pozwolę sobie także w tem miejscu dodać, że opis histologiczny błony bębnekowej, nie jest wcale dziełem POLITZER'a, lecz innych autorów, skąd i POLITZER i H. i inni czerpali wiadomości dla swoich podręczników.

Błędem jest także twierdzenie, że ustęp, w którym mowa o nierzadkiem znajdowaniu muszli na twarzy, plecach i t. d. wyjęty został z URBANTSCHITSCH'a. Opisy te są dziełem FILEITZ'a, ROSE'go i in., którzy przypadki podobne obserwowali, i z których to opisów skorzystał i URBANTSCHITSCH i drudzy autorzy.

H. wyraził się tylko nieściśle, zamiast „w okolicach łopatek i t. d.“, napisał „do łopatek“, ale też i niezupełnie błędnie. Nieprawdziwym jest także twierdzenie, że H. pisze „pęknięcie wysypki“, kiedy najwyraźniej w danem miejscu czytamy „po pęknięciu pęcherzyków“, o tem zaś w POLITZER'ze nawet wzmianki niema.

Błędem dalej ze strony dra K. jest orzeczenie, że w ustępie jakoby z POLITZER'a, głoszącym, iż „ciepłota w przewodzie zewnętrznym jest normalnie niższą, niż pod pachą, ale „bei acuten Meningealaffectionen“ spostrzegano wyższą ciepłotę,— „Meningealaffectionen“ przetłómaczono „przy chorobach“.

H. odnośny ustęp przytacza w sposób następujący, dodając nazwiska autorów [MENDEL, MEYER]: „Przy chorobach może być w uchu [ciepłota] podniesioną o 0,1^o a nawet o cały stopień“. I twierdzenie H. zupełnie jest zgodne z prawdą i rzeczywistością, albowiem doświadczenia CLAUDE BERNARD'a i in. dowodzą tegoż samego. Że także przy chorobach ucha ciepłota jest wyższą w uchu chorem w stosunku do ucha zdrowego [nie do pachy], dowiódł EITELBERG. A że przy zajęciu mózgowia ciepłota nie podnosi się w uchu, wykazują doświadczenia i prace ISTAMANOFF'a nad tą kwestyą. Najgłówniejsze zaś, że całe to spostrzeżenie wcale nie jest z POLITZER'a, lecz jest własnością MENDEL'a, ALBERS'a, MEYER'a i in.

Co do ustępu, gdzie H. podaje metody cewnikowania i nazwiska autorów, trudno także dopatrzeć się podobieństwa do odnośnego ustępu z URBANTSCHITSCH'a. Przeciwnie, ostatni nie przytacza wcale nazwisk: ITARD'a, KUH'a, DELBAU, MÉNIÈRE'a, TROELTSCH'a i in., których znowu wymienia H. Natomiast U. podaje BING'a i in., o których H. nie wspomina wcale. Już na pierwszy rzut oka różnice te dają się z łatwością rozpoznać.

Co zaś do niekonsekwencji, jakiej się w tym ustępie dr K. dopatrzył, muszę dodać, że H. zupełnie w sposób konsekwentny przedstawił dwie główne metody cewnikowania: 1) Ph. WOLFF'a, KRAMER'a, BOYER'a; 2) LOEWENBERG'a. Ustęp ten zrozumiałym każdemu się wyda, kto uważnie dzieło H. przeczytał i komu literatura otyatryczna obcą nie jest.

Złośliwym dalej wydaje mi się twierdzenie dr K., „że niema potrzeby przekonywać się o fakcie [w kilkadziesiąt lat później], który nie ulega wątpliwości“, kiedy jest mowa o spostrzeżeniach SCHWARTZ'ego i LOEWENBERG'a z r. 1864 i 65. Natomiast POLITZER'owi, według dr K., w jego podręczniku z r. 1901 wolno się przekonywać o tym samym fakcie, tylko nie HEIMANOWI, albowiem dr K. nazywa to „niewolniczym trzymaniem się pierwowzoru“. I ono to, jak twierdzi dr K., „sprawia HEIMANOWI tego rodzaju figle“.

Po pierwsze, mimo pewności faktu, nie każdy lekarz miał sposobność przekonać się o spostrzeżeniu, o którym wspominają w swoich dziełach POLITZER i HEIMAN. Nie ulega żadnej wątpliwości, że np. przy silnym duszu powietrznym lub przy nieostrożnym sondowaniu trąbki EUSTACHIUSZA, lub przez aspiracyą z ucha zewnętrzne-go, nastąpić może pęknięcie błony bębenkowej, ale czy wielu otyatrów to spostrze-gało, jest wielkie pytanie? Autor zaś, który podobny przypadek widział i jeśli o nim wspomina, czyż zasługuje z tego powodu na naganę?

Po drugie, chciałbym się jeszcze dowiedzieć, odkąd tego rodzaju spostrzeżenia w nauce zdobyły sobie nazwę „figłów“?

Ocena dra K. zawiera prawie w sobie czysto osobiste wrażenia, będące często gęsto w sprzeczności z pojęciami o istotnym stanie rzeczy, a pomimo to „figlem“ oceny tej bym nie chciał nazwać?

Niezwykle śmiało rzuconem jest także twierdzenie dra K., że „rozdział: przy-czynny, częstość, rozpoznanie, rokowanie i t. d. został całkowicie zapożyczony od POLITZER'a“. Pomimo mego skrzętnego i kilkakrotnego przeszukiwania w podręczniku POLITZER'a, ustępu podobnego nie znalazłem!

Ponieważ ustępy „Hygiena ucha“ i „Dezynfekcyja“ są, jak przyznaje, dr K., rzeczami oryginalnemi, muszą być naturalnie słabemi, aby nikt kto czyta ocenę dra K., nie wątpił w przedmiotowość jego krytyki. Czyż nie byłoby raczej na miejscu podziękować autorowi za opracowanie tak ważnych spraw, w innych podręcznikach omińniętych prawie zupełnie?

Dlaczego i skąd ustępy: „O związku między, chorobami narządu słuchowe-go a chorobami całego ustroju“ i „o znaczeniu chorób narządu słuchowego dla służby wojskowej... i t. d.“ mają być kompilacyą, o tym dr K. zapomniał dodać“.

Rzeczywiście, są one kompilacyą, ale z własnych prac autora. Zwracam uwagę dra K. na prace H. „O głuchocie udanej i o sposobach rozpoznawania“, Gaz. Lek., 1883; „O chorobach ucha sztucznie wywołanych i o głuchocie sztucznej“, Medycyna, 1893; „Ogólny pogląd na naukę o chorobach usznych i stosunek jej do innych dział-ów medycyny“, Medycyna, 1898. Tam znajdzie dr K. znaczną część ustępów tych z podręcznika.

Jako taką kompilacyę, rzeczywiście, uważać można całe dzieło H., które, oprócz oryginalności, polegającej na ogromnem doświadczeniu własnem autora, ma wiele innych zalet znakomitych, których tutaj przytaczać nie zamierzam, gdyż nie chodzi mi o krytykę, lecz o wykazanie bezpodstawności twierdzeń dra K.

Z tych oto przytoczonych wzorów można wyrobić sobie pojęcie o reszcie oceny, wyrażającej czysto podmiotowe wrażenia, co do których sprzeczać się niepo-dobna.

Muszę jednak dodać, że chociaż pod względem kwestyi językowej nie czuję się dość kompetentnym do zabierania głosu, nie danem mi było bowiem być naj-lepszym stylistą polskim między otyatrami, pomimo to zauważyłem i tutaj nie mało przesady.

Zresztą cała ocena, jak się przekonywamy, składa się jedynie z wyszukiwania błędów drukarskich i pisarskich, ze stroną naukową dzieła nie wiele mających wspól-nego. Dwa, czy trzy błędy, które dr K. wyłowił, a które według niego są rzeczowymi, w rzeczywistości, należą do zwyczajnych pomyłek drukarskich. Inne zaś błędy są w istocie naukowymi, ale ze strony tylko samego recenzenta.

A więc, czy ocena, która się w ten sposób załatwia z pracami naukowemi, speł-niła, jak się należy, swoje zadanie i czy wogóle powinna wchodzić w rachubę?

Dlatego raz jeszcze prosić muszę o łaskawe porównanie ustępów dzieł wymienionych bez uprzedzeń i *sine ira et studio*, aby się przekonać o prawdzie słów moich i o bezpodstawności oceny dra KUCZYŃSKIEGO.

Zresztą, zdanie moje nie jest oddzielne. To, co inni recenzenci pisali o dziele H. w różnych pismach, niechaj będzie jeszcze jednym dowodem więcej oryginalności twierdzeń dra K. w kwestyach chorób ucha.

Kraków, 20. VIII. 1902.

Dr R. Spira,

kierownik ambulatoryum otyatrycznego
w szpitalu izraelskim w Krakowie.

Odpowiedź drowi Spirze.

Najważniejszym z zarzutów, jakie uczynilem drowi HEIMANOWI, tym, który jego obrońcę do najwyższej reakcyi pobudził, jest zarzut, że dzieło dra HEIMANA, wbrew twierdzeniu autora, nie może być uważane za oryginalne, a to dlatego, że zawiera bardzo a bardzo wiele ustępów, wprost przetłómaczonych, a co najmniej streszczonych z dzieł niemieckich. Przyznaję, że zarzut to ciężki, to też nie wygłosiłem go lekkomyślnie, bez należytego przekonania się o jego zasadności; sądzą też, że nie naraziłem „Gazety Lekarskiej“ na „pomyłkę“. Żem na tę właściwość dzieła dra HEIMANA nie zamknął oczu, uczynilem to tylko i jedynie tylko przez wzgląd na honor naszego piśmiennictwa, który przez tolerowanie podobnych zapożyczeń z obcej literatury bez wskazania źródeł mógł być poważnie ucierpieć. Przecież nam już nieraz — dotąd, na szczęście, bezzasadnie — rzucano w oczy obelgę, żeśmy pasożyty innych narodów! Czy mamy pozwolić, aby nam coś podobnego wytknięto zasłużenie?

Dr SPIRA nie widzi w tem nic dziwnego, jeżeli w dwóch podręcznikach „znajdują się podobne ustępy lub zdania“. I jaby w tem nic złego nie upatrywał, gdyby chodziło o jakieś odległe podobieństwo pewnych ustępów dwóch podręczników, nieuniknione prawie ze względu na wspólność tematu. Lecz w danym razie mamy więcej; mamy podobieństwo, a nawet identyczność formy zewnętrznej nie tylko całych zdań, całych okresów, lecz niemal całych rozdziałów podręcznika dra HEIMANA z jednej strony, a wymienionych w mej krytyce dzieł niemieckich z drugiej. A ten fakt musi nasunąć myśl, że jeden autor powtarzał wprost myśli drugiego, nie starając się nawet o inną dla nich szatę; niepodobna bowiem przypuścić, aby w umyśle dwóch ludzi niezależnie od siebie powstały zdania tak do siebie podobne, jakich pełno spotykamy w podręczniku dra HEIMANA oraz w podręcznikach POLITZER'a, URBANTSCHITSCH'a i JACOBSON'a. Tylko w tym razie zgodziłbym się na to, że dr HEIMAN nie czerpał z podręczników obcych, gdyby mi dr SPIRA dowiódł, że, *vice versa*, POLITZER, URBANTSCHITSCH i JACOBSON korzystali z podręcznika HEIMANA; niestety, zestawienie chronologiczne wykazanie czegoś podobnego udaremnia.

A jednak właśnie w sposób chronologiczny usiłuje dr SPIRA odeprzeć zarzut, o którym mowa, i w tym celu „uwydatnia fakt“, iż „dzieła POLITZER'a i URBANTSCHITSCH'a, skąd H. czerpać miał materiał do podręcznika swojego, wyszły latem 1901 r., to jest w tym samym prawie czasie, co i dzieło H.“. Rzeczywiście, wymienione podręczniki niemieckie wyszły o kilka tylko miesięcy wcześniej od książki dra HEIMANA, ale pozwoli dr SPIRA, że i ja „uwydatnię“ pewien przeoczony przez niego fakt, który argument obrońcy dra HEIMANA znakomicie, jak sądzą, osłabi. Oto obadwa owe dzieła niemieckie wyszły w r. 1901 w wydaniu *cz w a r t e m*. Trzecie wydanie POLITZER'a ukazało się w r. 1893, URBANTSCHITSCH'a zaś — w 1890. Gdyby więc nawet za „absolutną niemożebność“ uważać przypuszczenie, iż dr HEIMAN zdążył skorzystać z zacytowanych przeze mnie wydań, to chyba nie można twierdzić, że miał za mało czasu

do zapoznania się z poprzednimi wydaniem tych dzieł. Zacytowałem w swej krytyce wydania IV, jako ostatnie, a bądź co bądź przed wydrukowaniem podręcznika dra HEIMANA w świat wypuszczone. Zresztą w tych właśnie wydaniach znalazłem podobieństwo licznych ustępów do urywków z książki dra HEIMANA.

Nie jestem w możności przytoczenia na poparcie mego zarzutu tych wszystkich miejsc z podręcznika dra HEIMANA, których pierwowzór znaleźć można w dziełach niemieckich: chcąc to uczynić, napisałbym musiał książkę, większą od omawianego podręcznika. Aby jednak nie być gołosłownym, przytoczę chociaż parę przykładów, nadmieniając, że w dalszym ciągu niniejszej odpowiedzi znajdzie czytelnik jeszcze pewną liczbę urywków podobnych, z innych względów zacytowanych.

Oto przykłady, o których mowa:

„Najodpowiedniejszym i obecnie powszechnie używanym jest sposób badania światłem odbitem, przy pomocy lejków nierozszczepionych i lustra płaskiego lub wklęsłego. Dawniejsze wzierniki, rozszczepione, znane pod nazwą wzierników ITARD'a, KRAMER'a, a których właściwym wynalazcą był FABRICIUS HILDANUS, miały za główny cel rozszerzenie przewodu słuchowego zewnętrznego; atoli z powodu licznych niedostatków jakie przedstawiały, dziś słusznie zupełnie wyszły z użycia.

Wzierniki czyli lejki nierozszczepione zastosowali pierwsi DELEAU [1823] we Francji i Ignaz GRUBER [1841] w Wiedniu, w następstwie uległy one niektórym zmianom pod względem kształtu i wielkości [ARLT, TOYNBEE, WILDE, Josef GRUBER, ERHARD]. Wyrabiają się z srebra¹⁾, . . . i t. d.

[HEIMAN, str. 75—76].

„Balon nie powinien być z gumy wulkanizowanej [TROELTSCH]; często bowiem odrywają się od niego cząsteczki, które mogą dostać się przez cewnik do trąbki. Ażeby powietrze wdmuchiwane do ucha środkowego było czyste, przepuszczają je przez gąbkę [TROELTSCH], watę [SCHWARTZE], przez kapsle filtrujące, zawierające watę oczyszczoną [ZAUFAL] i przez kapsle dezynfekujące zawarte w cewniku [LUCAE]⁴⁾.

[HEIMAN, str. 93].

Przeszkody przy cewnikowaniu. Najważniejszą z nich stanowi znaczne zwężenie dolnego przewodu nosowego, wrodzone lub nabyte, skutkiem urazu przegrody nosowej,

„Die zweckmässigste, jetzt allgemein verbreitete Methode der Ocularinspektion ist die von v. TROELTSCH eingeführte Untersuchung mit den ungespaltenen Trichter und einem als Reflector dienenden Hohlspiegel. Die älteren zangenförmigen, ITARD'schen Ohrenspiegel [in Fabricius Hildanus „Opera“... ist dieses Speculum... abgebildet] sind wegen den ihnen anhaftenden Mängel mit Recht ausser Gebrauch gekommen.

Die ungespaltenen Ohrtrichter, welche zuerst von DELEAU und Ignaz GRUBER angewendet wurden und in Bezug auf Grösse und Form durch ARLT, TOYNBEE, WILDE, ERHARD und BOUCHERON manche Modificationen erfahren haben, bestehen aus Metall¹⁾ . . . i t. d.

[POLITZER¹⁾], str. 58—59].

„Wie TROELTSCH hervorhebt, soll der Ballon nie aus vulcanisirtem Gummi bestehen, da sich von diesem stets kleine Stücke ablösen, welche in den Katheter und durch diesen in die Tuba getrieben werden können. Zur Reinigung der ins Mittelohr einzublasenden Luft benützen TROELTSCH einen Badeschwamm, SCHWARTZE Watte, ZAUFAL Filterkapseln mit BRUNS'ischer Watte und antiseptischen Mull, LUCAE im Katheter befindliche Desinfectionskapseln⁴⁾.

[URBANTSCHITSCH, str. 137].

„Hindernisse des Catheterismus . . . Unter den hier in Betracht kommenden Hindernissen des Catheterismus nimmt die erste Stelle eine sehr hochgradige Verengung des unteren Nasengangs

¹⁾ Wszystkie cytaty z dzieł POLITZER'a i URBANTSCHITSCH'a przytaczam według wydań czwartych, zacytowanych w mej krytyce, w Nrze 31 „Gazety“. Wypisy z dzieła dra HEIMANA odaję, bez zmiany pisowni i przecinkowania.

owrodzeń i próchnienia jej i muszel nosowych. Szczególną przeszkodę stanowi przerost dolnej muszli nosowej, przy jednoczesnem zбочeniu przegrody ku stronie przerosłej muszli“.

[HEIMAN, str. 102].

„Przez takie rękoczynny, którym towarzyszy często dość obfite krwawienie, rozwija się bardzo bolesne zapalenie ucha zewnętrznego, zapalenie ropne ucha środkowego, przewód słuchowy zewnętrzny tak obrzmiewa, zwęża się lub wypełnia ziarniną, że obejrzenie ciała obcego, a stąd i wyjęcie go staje się wręcz niemożliwem“.

[HEIMAN, str. 222].

„Wady rozwojowe. Do tych należą: brak trąbki Eustachiusza [GRUBER], brak jej części chrzęstnej [Moos, STEINBRUEGGE], brak wylotu bębenkowego [WREDEN], zwężenie całej trąbki [ROSENTHAL], zwężenie części kostnej [Moos], zarośnięcie i nadmierna drożność jej. Nierzadkie jest załamanie trąbki Eustachiusza pod pewnym kątem w jej części kostnej [VOLTOLINI, SCHWARTZE]. Tego rodzaju załamania mogą znacznie utrudnić lub nawet uniemożliwić zgłębnikowanie trąbki. Dość częstem jest niesymetryczne lub nieprawidłowe położenie ujść gardzielowych...“

[HEIMAN, str. 296].

Zdaje się, że już tych kilku przykładów wystarczy, abym dziełu dra HEIMANA odmówił oryginalności, a co za tem idzie, i większego znaczenia dla piśmiennictwa, choćby to był dla celów praktycznych podręcznik bardzo dobry.

A teraz przejdźmy do bardziej szczegółowych zarzutów, które mi czyni dr SPIRA.

Przedewszystkiem, we wstępie historycznym podręcznika dra HEIMANA odnalazł dr SPIRA „mnóstwo wiadomości“, których niema w monografii METER'a z podręcznika

ein, wie sie sich theils angeboren, theils in Folge traumatischer Läsionen der Nasenscheidewand und -muscheln, sodann auch nach ulcerativen Processen und Caries durchaus nicht selten findet. Besondere Schwierigkeiten bieten diejenigen Fälle, in denen eine Vergrößerung der unteren Nasenmuschel mit einer so hochgradigen Deviation oder Prominenz des *Septum narium* verbunden ist, dass Muschel und Scheidewand dicht an einander liegen“.

[JACOBSON, str. 51].

„Durch solche, meist mit stärkeren Ohrblutungen verbundene Eingriffe wird eine schmerzhaft traumatische Otit. extern. und zuweilen auch eine . . . eitrige Mittelohrentzündung hervorgerufen, in deren Folge der Gehörgang durch Schwellung und Granulationsbildung so verengt wird, dass der Fremdkörper der Besichtigung entzogen und dessen Entfernung sehr schwierig oder ganz unmöglich wird“.

[POLITZER, str. 192].

„*Bildungsmangel.* Einen vollständigen Defect der Ohrtrumpete beobachtete GRUBER, Fehlen der knorpeligen Tuba fanden Moos und STEINBRUEGGE. Einen Mangel des Ost. tymp. wies WREDEN . . . Eine angeborene Verengung des T.-Canales . . . wurde von ROSENTHAL mitgeteilt. Bei einem taubstummen Individuum fand Moos eine knöcherne Obliteration der Paukenhöhle mit einer nur nadelspitzgrossen Eingangsöffnung in den T.-Canal . . . Eine winklige Knickung der knöchernen Tuba erwähnt VOLTOLINI. Nach SCHWARTZE kommen winklige Knickungen im Verlaufe der Tuba nicht selten vor. Derartige Knickungen können bei Sondirungen des Tubencanals eine praktische Bedeutung erlangen . . . Das Ost. tymp. kann eine abnorm hohe Lage in der Paukenhöhle aufweisen“.

[URBANTSCHITSCH, str. 325].

SCHWARTZE'GO. Ma to dowodzić, że dr HEIMAN z MEYER'a nie czerpał. Odpowiem na to, że w podręczniku dra HEIMANA niema wogóle rozdziału, całkowicie, od początku do końca bez żadnych zmian przetłómaczonego: każdy rozdział jest, jak się wyraziłem, mozaiką, lecz każdy jest do jednego z podręczników niemieckich najbardziej podobny, a tylko niewielkie jego ustępy pochodzą z innych źródeł. I tutaj, we wstępie historycznym są rzeczy, których niema u MEYER'a, ale rzeczy tych „mnóstwa” nie widzę: conajmniej $\frac{3}{4}$ całego rozdziału—to proste tłómaczenie MEYER'a, miejscami skrócone. Dr SPIRA powiada, że dr HEIMAN, „jak przystało na sumiennego pisarza i autora”, „być może, między innymi uwzględnił i pracę MEYER'a”. Przyszaję, że tego zdania, tego „być może” najzupełniej nie rozumiem. Jeżeli się jakiegoś autora „uwzględni”, to się go wymienia po nazwisku, a jeżeli się z jego dzieła pewne zdania dosłownie przepisuje, to się je opatruje cudzysłowem. Ponieważ dr HEIMAN MEYER'a nie wymienia, a i cudzysłowu ani razu nie używa, nie może być mowy o „uwzględnieniu” tego autora, lecz, co najwyżej, jak się grzecznie wyraziłem, o „czerpaniu” z niego. Na dowód tego, że dr HEIMAN czerpał z MEYER'a, przytoczę tu równoległe ustępy z obu autorów:

„U greków napotyamy też lekarską kastę kapłańską [Asklepiady], z pośród której odznaczył się przedewszystkiem HIPPOKRATES [460—377 przed Chr.].

Jak dla całej medycyny, tak i dla chorób ucha ma HIPPOKRATES znaczenie pierwszorzędne... HIPPOKRATESA można uważać za faktycznego twórcę nauki o chorobach ucha. Nie napisał on wprawdzie pracy specjalnej; napotyamy jednak sporą liczbę chorób ucha między jego spostrzeżeniami. Anatomia jego nie sięgała poza przewód słuchowy zewnętrzny i błonę bębenkową i jego też fizyologia elementarna słyszenia nie wychodzi poza te części narządu słuchowego.

[HEIMAN, str. 1—2].

„Geniusz HIPPOKRATESA jak jasna pochodnia przelamuje mistyczną mgłę owych czasów, nie mogąc ich jednak należycie oświecić. Nie wytworzył też szkoły i wraz z nim zginęła na długie czasy skuteczna i racjonalna jego empirya“.

[HEIMAN, str. 3].

„Epokę grecko-lacińskich lekarzy zamyka PAWEŁ z Aeginy [7 wiek po Chr.]...

Za lekarzy arabskich, których wpływ trwał do 13-go wieku, empirya i kierunek spekulatywny doszły w tytatrii do

„Auch im alten Griechenland treffen wir eine ärztliche Priesterkaste, die der Asklepiaden, deren mystische Tempelmedizin indess einer exacten Grundlage nicht enbehrt zu haben scheint, wie dies aus den Coacae Praenotiones ihres hochberühmten Schüler's, des HIPPOKRATES [460—377 v. Chr.] hervorgeht.

Wie für die Medicin im Allgemeinen, hat auch für die Ohrenheilkunde HIPPOKRATES eine hervorragende Bedeutung. Man kann ihn füglich als den factischen Begründer der Ohrenheilkunde bezeichnen. Allerdings finden wir in seinen Schriften keine specielle Arbeit über Ohrenleiden, aber unter seinen Beobachtungen betrifft eine nicht geringe Anzahl Krankheiten des Gehörorgans. Die Ohranatomie des H. geht nicht über den äusseren Gehörgang und das Trommelfell hinaus; an diese lehnt sich seine elementare Physiologie des Hörens.

[MEYER, str. 864].

„Das Genie des HIPPOKRATES durchbricht wie eine helle Fackel den mystischen Nebel dieser Periode ohne ihn erhellen zu können. Eine Schule hatte er nicht gegründet, und mit seinem Tode verschwindet auf lange Zeiten die von ihm mit so grossem Erfolge geübte rationelle Empirie“.

[MEYER, str. 865].

„Die Zeit der griechisch-lateinischen Aerzte... schliesst mit PAUL von Aegina [7 Jahrh. n. Chr.] ab; es folgt die Zeit der arabischen Verfasser, welche bis ins 13 Jahrhundert währte... Unter den

największego rozwoju [RHAZES, AVICENNA, HALI, ABBAS]“.

[HEIMAN, str. 4].

VALSALVA „sposzrzegał pęknięcie błony wiotkiej (*memb. flaccidae*) przy przewlekłym zapaleniu ropnym jamy bębenkowej. U głuchoniemego znalazł przy sekcji przyrośnięcie podstawy strzemięcia i stan ten uważał za przyczynę głuchoty. Opisuje przypadek odnowionej błony bębenkowej po utracie młotka i kowadelka. Dla oczyszczenia jamy bębenkowej wypełnionej ropą, zaleca postępowanie nazwane próbą VALSALVA'y. Doświadczalnie wykazał znaczenie zamknięcia trąbek EUSTACHIUSZA dla słuchu“.

[HEIMAN, str. 5—6].

Te kilka przykładów z wielkiej liczby, które mógłbym przytoczyć, stanowi chyba dostateczną podstawę do twierdzenia, że dr HEIMAN czerpał z MEYER'a.

„Ustęp z POLITZER'a na str. 16, 172 i 210 i z URBANTSCHITSCH'a na str. 233“ mają, według dra SPIRY, nie „przedstawiać zgoła żadnego podobieństwa do odnośnych ustępów z podręcznika H.“. Przekonajmy się!

„Bł. bębenkowa składa się z trzech listków: zewnętrznego—skórnego, środkowego—włóknistego i wewnętrznego—śluzowego. Listek zewnętrzny daje się łatwo oddzielić od środkowego; stanowi dalszy ciąg skóry przewodu słuchowego zewnętrznego i składa się z warstwy naskórkowej i warstwy MALPIGHI'ego z tkanką łączną słabo rozwiniętą, w której przebiegają naczynia i nerwy błony bębenkowej“.

[HEIMAN, str. 32].

Wbrew zdaniu dra SPIRY sądzę, że pewne podobieństwo między obu powyższymi ustępami istnieje; w krytyce swej miałem tedy prawo powiedzieć, że zdanie o „warstwie naskórkowej“ wzięte z POLITZER'a, tembardziej, że całą wogóle anatomię ucha streszczono według tego autora. Że zaś zestawienie pojęć: „warstwa naskórkowa“ i „warstwa MALPIGHI'ego“, jako dwóch rzeczy różnych [inaczej danego zdania rozumieć nie można] jest błędem, nikt chyba nie zaprzeczy. Z tego powodu słusznie się wyraziłem, że popełniono tu błąd w przekładzie, błąd, który błędem musi pozostać, chociaż go dr SPIRA chce zatrzeć tem, że na innym miejscu i w opisie czegoś innego dr HEIMAN użył wyrażenia: „nabłonek płaski“.

Arabern [u. A. MESUE sr., RHAZES, AVICENNA, HALI ABBAS] erreichte sowohl die grob empirische als die speculative Richtung in der Ohrenheilkunde ihre höchste Entwicklung“.

[MEYER, str. 865].

„Hier sei erwähnt, dass schon VALSALVA einen Durchbruch der Membr. flaccida bei chronischer Trommelhöhlen-eiterung, dass er bei der Section eines Taubstummens eine Anchylose der Steigbügelplatte beobachtete, welche von ihm als Ursache der Taubheit erkannt wurde. Ferner findet sich bei VALSALVA ein regenerirtes Trommelfell bei Verlust der zwei äusseren Gehörknöchelchen beschrieben. Den „VALSALVA'schen Versuch“ empfahl er zur Reinigung der eiterigen Trommelhöhle bei Substanzverlust im Trommelfell. Von praktischem Interesse ist der von V. geführte experimentelle Nachweis der Bedeutung des Tubenverschlusses für die Hörfähigkeit“.

[MEYER, str. 869—870].

„Das Trommelfell besteht... aus drei Hauptschichten, einer mittleren fibrösen Schichte..., einer äusseren Cutis... und einer inneren Schleimhautschichte... Die Cutisschichte, eine Fortsetzung der Gehörgangscutis, besteht aus einem mehrfach geschichteten Pflasterepithel mit einer MALPIGHI'schen Schleimschichte, besitzt jedoch nur ein sehr spärliches Bindegewebsstratum, welches eine constante Beziehung zu den Gefässen und Nerven dieser Schichte zu beobachten scheint“.

[POLITZER, str. 16].

Na str. 210 u dra HEIMANA czytamy:

„Leczenie jest wyczekujące. Przy silnych bólach można stosować maść kokainową 5%—ową, wewnątrznie zaś zalecamy chininę, antipirynę. Po pęknięciu pęcherzyków przysypieszmy zaschnięcie ich przez posypanie miejsca chorego proszkiem kwasu bornego, pudrem ryżowym lub przez posmarowanie maścią ołowianą“.

„Die Behandlung besteht in der Bekämpfung der heftigen Schmerzen durch Bestreichen mit einer 5% igen Cocain-salbe und durch die innerliche Anwendung von Chinin, Antipyrin. . . Nach Ausbruch der Bläschen wird deren Abtrocknung durch Bestreuen mit Poudre . . . oder Einpinselungen mit Unguent, Plumb. acet . . . befördert“.

[POLITZER, str. 172].

I tu nie widzę braku „podobieństwa“ obu zacytowanych ustępów; przeciwnie, widzę wielkie podobieństwo, co mi daje prawo do przypuszczenia, że ustęp ten do swego podręcznika wziął dr HEIMAN od POLITZER'a, że go przetłumaczył, a że „Ausbruch“ nie jest „pęknięciem“, słusznie więc powiedziałem, że przetłumaczył źle. Dr SPIRA z powodu tego ustępu powiada jeszcze, że o pęcherzykach u POLITZER'a „nawet wzmianki niema“. A co znaczy „Bläschen“?

O str. 210 POLITZER'a nie mówiłem, skoro jednak dr SPIRA przez pomyłkę wspomina o niej, mógłbym mu i na tej stronie znaleźć zdania, które dr HEIMAN za POLITZER'em powtarza, na przykład:

„Nieostrożne przestrzykiwania przewodu słuchowego zewnętrznego strzykawkami o nasadach długich i cienkich, niewłaściwe i niezgrabne usiłowania wydobycia z ucha ciał obcych za pomocą rozmaitych narzędzi . . . staje się nierazko powodem przebicia błony bębenkowej. Czasem sprowadza przedziurawienie błony bębenkowej przypadkowe przekłucie jej drzazgami drzewnymi, kolcami przy mijaniu gęstwiny . . . Wprowadzenie świeczek do trąbki EUSTACHIUSZA jest niekiedy powodem przebicia błony bębenkowej“.

[HEIMAN, str. 260—261].

„Ferner kann durch unvorsichtige Handhabung von Ohrenspritzen mit langen, spitzen Ansätzen, durch rohe Extractionsversuche fremder Körper oder durch zufällig abgesprengte und in den Gehörgang gelangte Holzsplitter, durch spitzes Reisig, welches beim passiren durch ein Gebüsch in den Gehörgang eindringt, eine Trommelfellverletzung herbeigeführt werden. Von innen her kann ein stark eingezogenes Trommelfell durch eine bis in die Trommelhöhle vorgedrungene Bougie durchstossen werden“.

[POLITZER, str. 210].

Co do str. 233 URBANTSCHITSCH'a a 198 dra HEIMANA, to i tu z porównania całych odnośnych ustępów mam prawo przypuścić, że dr HEIMAN tłómaczył z URBANTSCHITSCH'a, a że u tego ostatniego spotykam: „Wange, Schulter, Hals“, u HEIMAN'a zaś „wargę, szyję, łopatkę“, znowu chyba słusznie przypuszczam, że przetłumaczono źle. Upoważnia mnie do takiego wniosku i to, że nie znam przypadków przytwierdzenia muszli usznej [nie dodatkowej] „do wargi lub łopatki“, a nawet, jak poprawia dr SPIRA, „w okolicy łopatki“. Może mi dr SPIRA takie przypadki wymieni?

W krytyce swej wyraziłem się, że dr HEIMAN, czerpiąc z POLITZER'a dane co do ciepłoty w przewodzie słuchowym zewnętrznym, skrócił zdanie w sposób niewłaściwy. Dr SPIRA twierdzi, że ustęp ten nie został wzięty od POLITZER'a i że błędu w orzeczeniu dra HEIMANA niema, że jest ono „zupełnie zgodne z prawdą“. Pozwolę sobie znowu zacytować ustęp omawiany w redakcyi dra HEIMANA i POLITZER'a.

„Ciepłota przewodu słuchowego zewnętrznego niższą jest od ciepłoty pod pachą na 0,1^o—0,2^o C. [MENDEL, MEYER]. Przy chorobach może być w uchu pod-

„Die Temperatur des äusseren Gehörgangs ist nach MENDEL um 0,2^o geringer, als die der Achselhöhle . . . Bei acuten Meningealaffectionen wurde eine

niesioną o 0,1^o, a nawet o cały stopień“.

[HEIMAN, str. 29].

Steigerung der Gehörgangstemperatur um 0,1^o bis 1,0^o gegen die der Achselhöhle beobachtet“.

[POLITZER, str. 47].

Jak widać, ustępy te są dość podobne, ale mniejsza o to; przypuśćmy, że się myliłem co do źródła tego urywku u dra HEIMANA. Ale w takim razie, jak zrozumieć owo „przy chorobach“? Czy wogóle, we wszystkich chorobach ciepłota w uchu bywa wyższa, niż pod pachą? Tłómaczenia dra SPIRY, że dowiodły tego doświadczenia Klaudyusza BERNARD'a, również nie rozumiem. Z jakimi chorobami BERNARD miał do czynienia?

Niekonsekwencyę w krótkiej historii katetyzacji trąbki, tam, gdzie dr HEIMAN powiada, że „BOYER pierwszy przedstawił metodycznie pravidła cewnikowania“ a „od tego czasu“ rozwinął te metody szereg autorów, między którymi wymieniono takich, którzy poumierali przed BOYER'em, stara się dr SPIRA złagodzić tem, że g d z i e i n d z i e j dr HEIMAN „metody cewnikowania“ „konsekwentnie przedstawił“. Że wspomniany ustęp nie został zaczerpnięty z URBANTSCHITSCH'a, ma tego dowodzić brak u tego ostatniego nazwisk ITARD'a, KUH'a, DELEAU'a, MÉNIÈRE'a i TROELTSCH'a, a z drugiej strony brak u HEIMANA nazwiska BING'a, którego wymienia URBANTSCHITSCH. Otóż KUH'a i MÉNIÈRE'a wymienia i URBANTSCHITSCH [w odsyłaczu, u dołu stronicy], również jak DELEAU'a [o dwie stronicie dalej]. A że dr HEIMAN nie wymienia BING'a, o którym mówi URBANTSCHITSCH, to, zdaje się, nie może służyć za dowód, że dr HEIMAN nie korzystał z pracy autora niemieckiego.

Dr SPIRA zarzuca mi złośliwość z powodu tego miejsca mej krytyki, w którym odmawiam znaczenia wzmiance dra HEIMANA o potwierdzeniu przez niego spostrzeżenia LOEWENBERG'a. I tutaj na moje usprawiedliwienie przytoczyć muszę w całości odnośny ustęp z HEIMANA wraz z odpowiednią cytata z POLITZER'a.

„SCHWARTZE wykazał, że u dzieci powietrze z balonu dostać się może do ucha środkowego i bez aktu polykania, z przyczyny wąkości jamy nosogardzielowej i krótkości trąbki Eustachiusza. LOEWENBERG znalazł, że często wystarcza uniesienie podniebienia miękkiego w czasie rozmowy, ażeby powietrze przeszło do trąbek. Niejednokrotnie przekonałem się o tem“.

[HEIMAN, str. 89].

„So fand SCHWARTZE, dass bei Kindern die Luft bei Ausführung des vom Verfasser angegebenen Verfahrens auch ohne Schlingact in das Mittelohr dringen könne. Der Grund hiefür liegt theils in der Kürze der Ohrtrumpete beim Kinde . . . LOEWENBERG fand, dass der Schlingact bei meinem Verfahren in manchen Fällen durch einfaches Heben des Gaumensegels ersetzt werden kann. Ich selbst beobachtete bei Kranken . . .“

[POLITZER, str. 98].

Naprawdę, wobec podobieństwa obu powyższych ustępów, to „ja“ na końcu obok „ich“ mogłoby nawet złośliwą uwagę usprawiedliwić. Ja jednak tego rodzaju uwag starałem się unikać, a w krytyce swojej miałem na celu tylko zaznaczenie tego, że zaraz po ogłoszeniu spostrzeżenia LOEWENBERG'a, jego potwierdzenie przez innego badacza [w tym razie przez POLITZER'a] miało znaczenie, dziś zaś go nie posiada. Co przy tem wszystkim robi pęknięcie błony bębenkowej, o którym dość szeroko mówi w swej replice dr SPIRA, tego nie rozumiem. Jeżeli to miało być porównanie, to w każdym razie niezbyt szczęśliwie dobrane.

„Niezwyczajnie śmiałem“ nazywa dr SPIRA twierdzenie moje, że rozdział, zatytułowany: „Przyczyny, częstość, rozpoznanie i rokowanie“ [str. 140—148] został zapożyczony od POLITZER'a. Podobnego rozdziału u POLITZER'a dr SPIRA podobno nie znalazł „pomimo kilkakrotnego przeszukiwania“. Ułatwię drowi SPIRZE to poszukiwanie i powiem, że rozdział ten u POLITZER'a zaczyna się na str. 132, tylko nosi inny, niż u dra HEIMANA, tytuł, mianowicie: „Das Krankenexamen und das Verfahren bei

der Krankenuntersuchung“. Przypuszczam, że po porównaniu obu rozdziałów dr SPIRA przyzna mi słuszność, aby jednak i czytelnicy „Gazety“, nie posiadający pod ręką podręcznika POLITZER'a, mieli dowód, że twierdzenie moje nie było gołosłowne, przytoczę parę ustępów z obu autorów.

„Choroby ucha iwywołane zostają przez wpływy szkodliwe, działające bezpośrednio na narząd słuchu, przez choroby ogólne ustroju, wreszcie przez cierpienia innych narządów.

Do przyczyn bezpośrednich zaliczamy uraz, wpływ silnych dźwięków, wstrząśnienia powietrza, sparzenia, odmrożenia, pasorzyty . . .

[HEIMAN, str. 140].

„Niezmiernie ważnemi są wywiady, gdyż często tylko one w związku ze zmianami przedmiotowemi, dają nam możność należyte chorobę rozpoznać i podług tego stawić odpowiednie rokowanie. Są wszelako formy chorobowe, gdzie do należytego rozpoznania wystarczają zmiany przedmiotowe“.

[HEIMAN, str. 143].

„Po zebraniu tych wszystkich danych, przystępujemy do badania przedmiotowego chorego i zaczynamy od oględzin muszli usznej, przewodu słuchowego zewnętrznego i błony bębenkowej. Przed wprowadzeniem wziernika oglądamy części dostępne dla oka—czy niema na nich wysypek, ranek, obrzmień i t. d. Po wprowadzeniu wziernika przekonywamy się o stanie przewodu słuchowego zewnętrznego, o nagromadzonej w nim wydzielinie, ziarninie, pasorzytach, wyroślach kostnych i o stopniu jego drożności“.

[HEIMAN, str. 145].

„Die Erkrankungen des Gehörorgans werden entweder durch unmittelbar auf das Ohr wirkende Schädlichkeiten, oder durch ein Allgemeinleiden, oder endlich durch Erkrankungen anderer Organe hervorgerufen.

Von den unmittelbaren Schädlichkeiten kommen in Betracht die Traumen, intensive Schalleinwirkung, Verbrühung, Verbrennung und Erfrieren des Ohres, sowie die entzündungsreggenden pflanzlichen Parasiten . . .“

[POLITZER, str. 133].

„Die Eruirung der anamnestischen Daten über den Krankheitsverlauf ist sehr wichtig. Denn obwohl in gewissen Fällen zur Erkenntniss der Ohrenleiden bloss die objective Untersuchung des Kranken genügt, so ist es doch in der Mehrzahl der Fälle durchaus nöthig, die Anamnese zu berücksichtigen, da nur diese im Zusammenhange mit dem objectiven Befunde die Diagnose des Leidens sowie die Bestimmung der Prognose ermöglicht“.

[POLITZER, str. 132].

„Bei der objectiven Untersuchung des Kranken wird mit der Inspection der Ohrmuschel, des äusseren Gehörgangs und des Trommelfells begonnen. Man versäume es nie, vor der Einführung des Trichters die Umgebung der äusseren Ohröffnung und den äusseren Abschnitt des Gehörgangs zu besichtigen, weil . . . umschriebene Eczeme, Rhagaden, durch den eingeführten Trichter verdeckt und daher leicht übersehen werden können. Nach Einführung des Trichters wird der Gehörgang in Bezug auf Räumlichkeit und Krümmung, Blutfüllung, Beschaffenheit des Secrets untersucht und die Natur vorhandener Hindernisse, wie sie durch normale oder pathologische Secretansammlung, Pilzbildungen, durch polypöse Wucherungen, Exostosen oder anderweitige zur Stricturng des Gehörgangs führende Krankheitsprocesse bedingt werden, . . . ermittelt“.

[POLITZER, str. 138].

Dr SPIRA każe mi dziękować drowi HEIMANOWI za rozdział o higienie ucha i dezynfekcyi. Chętniebym to uczynił, gdybym miał za co dziękować. Wobec jednak więcej niż słabego opracowania tych rozdziałów, podziękowanie takie zakrawało na żart, a żartów w krytyce nie uważam za odpowiednie.

„Przesady“ w ocenie stylu i języka dzieła dra HEIMANA nie popełniłem; przecież wymienilem błędów bardzo dużo, a żadnego z nich z palca nie wyssałem, mógłbym zaś ich przytoczyć wiele, wiele więcej.

Przeciwno zdaniu, że „cała ocena“ moja „składa się jedynie z wyszukiwania błędów drukarskich i pisarskich“ ośmielałem się zaprotestować, uważając je za frazes zupełnie gołosłowny: ani jednego błędu drukarskiego nie wytknąłem; co zaś do błędów „pisarskich“, o tych nic nie mogę powiedzieć, nie wiedząc, co pod tą nazwą dr SPIRA rozumie.

Ant. Kuczyński,

kierownik ambulatoryumu otyatrycznego
w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

WIADOMOŚCI DROBNE.



— SIEFERT spostrzegł cztery przypadki z r a k o w a c e n i a u k ł a d u n e r w o g o o ś r o d k o w e g o. Choroba, zawsze przebiegająca bardzo szybko, przedewszystkiem rozpoczyna się w mózgu, bardzo rzadko w rdzeniu kręgowym. Przerzuty mózgowie mają skłonność do umiejscowienia obwodowego; mieszczą się najczęściej na granicy pomiędzy substancją szarą a białą i makroskopowo bardzo mało różnią się od tkanki zdrowej, tak iż łatwo mogą być przeoczone. Dopiero w następstwie choroba przechodzi na opony. Autor wypowiada przekonanie, że w przypadkach *carcinom. multipl.* często powinny być znajdowane przerzuty w mózgu przy dokładnem badaniu mikroskopowem.

(*Münch. med. Woch.*).

F.

List otwarty do czytelników „Gazety Lekarskiej“.

Najprzejmiej upraszam Szanownych kolegów o łaskawe nadesłanie przed 5-ym października r. b. adresów swych, mianowicie zaś w razie zmiany mieszkania, a to celem uniknięcia możliwych niedokładności w Kalendarzu lekarskim na r. 1903.

Z poważaniem

29 Świątokrzyżka.

J. Polak.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензур. Варшава, 19 сентября 1902. Друк К. Ковалевського, Варшава, Мазовіека 8

SANATOGEN

Środek wzmacniający.

Tonicum, zupełnie nie drażniące.

pp. Lekarzom próbki i broszury wysyła bezpłatnie reprezentant

p. **Biertümpfel,**

Warszawa, Marszałkowska 136.

Fabrykanci: **BAUER & C-o**

Berlin S. O. 16.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne „MOTOR“

Warszawa, Marszałkowska 23.

poleca



MACZKA ANGIELSKA NIWSA

(NEAVE'S FOOD)

ŚRODEK ODŻYWCZY

dla dzieci

i osób osłabionych.

Maczka NIWSA jest najlepszym pomocniczym środkiem odżywczym dla dzieci przy piersi.

Wysoce pożyteczna i pokrzepiająca dla osób osłabionych, rekonwalescentów, dla matek karmiących i osób starszych w przypadkach słabego trawienia.

Sprzedaż we wszystkich Składach Aptecznych i Aptekach.

Skład główny na Warszawę w aptece St. Karcewskiego i S-ka,
Nowo-Senatorska №4.

Główna Reprezentacja na Cesarstwo i gub. Królestwa Polskiego

LUXEMBURG i S-ka w Warszawie, Żórawia Nr 36.

WINOGRONA

4 r. pud.

loco stacye kolei Król. i Cesarstwa. Wino wytrawne „Adamówka“
białe i czerw. naturalne, wystawę, nagrodzone w Kijowie, w Char-
kowie i w Paryżu srebr. i złot. med. 2 do 12 r. wiadro.

Adam Arolimowicz, poczta Rezina.