

GAZETA LEKARSKA.

I. O UTRACIE SŁUCHU POSTĘPUJĄCEJ.

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

Napisał

D-r Teodor Heiman.

— 3 —

Częściowa i całkowita utrata słuchu należy do kalectw bardzo rozpowszechnionych i bodaj czy nie częstszych od zbroczeń wzrokowych. Jaki wpływ ujemny wywiera głuchota lub znaczne upośledzenie słuchu na stronę intelektualną człowieka i często na jego powodzenie materialne, mniej więcej wiadomo każdemu z nas i przedmiotu tego niejednokrotnie już dotknąłem w tem Towarzystwie i starałem się wykazać całą ważność słuchu.

Zadaniem dzisiejszego odczytu mojego jest poznanie Sz. Panów w ogólnych rysach z najczęstszymi formami chorobowymi, prowadzącymi do stałego upośledzenia słuchu i do głuchoty. Nie będę się szczegółowo zastanawiał nad kwestyami, mogącymi obchodzić tylko specjalistów, lecz ograniczę się do przedstawienia całokształtu obrazów chorobowych; kwestyi specjalnych dotknę o tyle, o ile one są potrzebne do momentów, mogących interesować każdego wykształconego lekarza.

Przedmiot, o którym mam mówić, wymaga, ażeby pojęcia o nim były jasno postawione i zgodne z dzisiejszymi wymogami naukowymi: O ile niektóre działy otyatrii, a głównie te sprawy chorobowe, którym towarzyszy ropienie, dzięki pracom lekarzy usznych, zdołały do pewnego stopnia przeniknąć do ogółu lekarzy, o tyle sprawy chorobowe, wywołujące utratę słuchu, są dla większości lekarzy prawie zupełnie nieznanymi, najbłędniej tłómaczonemi i najfalszywiej, a raczej wcale nie leczonemi, a ztąd najczęściej przez publiczność nielekarską lekceważonemi.

Zanim przejdę do właściwego przedmiotu, pozwolę sobie przypomnieć Sz. Panom niektóre wiadomości z fizjologii słuchu, a to dlatego, ażeby wykazać, jak różnorodne są warunki, jak liczne są czynniki potrzebne dla zachowania dobrego słuchu. Muszla uszna służy do lepszego przeprowadzenia dźwięków do błony bębenkowej. Według jednych [SAVARD] jest ona kondensatorem dźwięku, według innych [MACH] rezonatorem dla tonów wysokich, a jeszcze według innych służy do rozpoznawania kierunku dźwięku. Przekonałem się

wszakże, że całkowita utrata jej nie stanowi zbyt dotkliwego uszczerbku dla sluchu. Przewód słuchowy zewnętrzny jest przewodnikiem fal głosowych, idących z zewnątrz do błony bębenkowej i do kostek słuchowych. Błona bębenkowa służy głównie do przeprowadzenia fal dźwiękowych z ucha zewnętrznego do jamy bębenkowej i to najrozmaitszych wahań fal głosowych. Będąc błoną wypukle napiętą, bardzo ułatwia przechodzenie fal głosowych z powietrza do jamy bębenkowej, a przez połączenie swoje z trzonkiem młotka ułatwionem jest szybkie zaprzestanie drgań jej; tym sposobem najrozmaitsze tony mogą w bardzo krótkich odstępach czasu, a nawet jednocześnie być przeprowadzonymi. Z powodu, że nie jest błoną elastyczną, nie podlega drganiom wtórnym, które mogłyby przeszkodzić czystości fal dźwiękowych. Skutkiem zaś słabego napięcia może sama z łatwością drgać. Powiększone napięcie jej ma wpływ na przyjęcie i przeprowadzenie dźwięków: ton zasadniczy podnosi się, następuje osłabienie silnych szmerów przy mowie głośniejszej, delikatne zaś szmery lepiej słyszane bywają [T. MUELLER]. Głównym zadaniem jamy bębenkowej jest przeprowadzenie fal dźwiękowych z błony bębenkowej do błędniaka za pomocą kostek słuchowych i zawartego w niej powietrza. Kosteczki słuchowe poruszają się razem jako jedna całość [POLITZER]; fale głosowe, postępując od młotka do strzemięcia, stopniowo słabną. Przy tonach niskich kosteczki ulegają wahaniom mniejszym, aniżeli przy wysokich. Fale dźwiękowe, idąc z większej powierzchni błony bębenkowej na mniejszą powierzchnię podstawy strzemięcia, ulegają zgęszczeniu.

Każde zgęszczenie powietrza w jamie bębenkowej przesuwa błonę bębenkową i trzonek młotka ku przodowi. Przy silnem wstrząśnieniu błony bębenkowej z przyczyny nagłego zgęszczenia powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym błona bębenkowa wraz z kostkami słuchowymi szybko popchniętą zostaje na wewnątrz, wstrząśnienie to wszelako prawie nigdy nie udziela się błędnikowi, na co wpływa budowa włókien błony bębenkowej, która kurczy się wcześniej, aniżeli następuje uderzenie kostek o błędnik. Przy zgęszczeniu powietrza w jamie bębenkowej błędnik zostaje oszczędzony od zbyt silnych wahań ciśnienia przez obszerne wahania młotka na zewnątrz.

Błona okienka okrągłego odbywa także wahania albo samodzielne na drodze przewodnictwa powietrznego, albo następcze, wywołane przez wahania podstawy strzemięcia w okienku owalnym. Ponieważ błonka ta może wahać się bezpośrednio pod wpływem powietrza w jamie bębenkowej [BUCK, BERNETT, WEBER-LIEL], może ona przeto niejako zastąpić okienko owalne przy zroście stawu strzemięno-przedsionkowego. Mięsień w jamie bębenkowej usuwają i regulują zmiany w kostkach słuchowych i w zawartości błędniaka, wywołane rozmaitemi wahaniami ciśnienia powietrza i tym sposobem regulują napięcie przyrządu słuchowego. Mięsień natężacz błony bębenkowej kurczy się w czasie aktu sluchu [HENSEN] i to bardziej przy tonach wysokich, aniżeli przy niskich. Mięsień ten, kurcząc się, pociąga kostki słuchowe na wewnątrz, skutkiem czego podstawa strzemięcia zanurza się w okienku owalnym. Jest to mięsień, osłabiający silne wstrząśnienia płynu błędnikowego, *resp.* wszelkie silne wpływy dźwięków [TOYNBEE]. Na kurczenie się tego mięśnia wpływają

też mięśnie trąbki EUSTACHIUSZA i to nam objaśnia obniżenie słuchu i subiektywne szmery słuchowe w czasie ziewania. Mięsień strzemienny jest antagonistą poprzedniego. Kurcząc się, wyciąga przedni koniec podstawy strzemiennia z okienka owalnego. Według TOYNBEE, jest to mięsień szeptu. Skurcz wywołuje trzeszczenie brzęczące. Trąbka EUSTACHIUSZA jest w stanie spokoju zamkniętą, nie ma przeto żadnego znaczenia dla przeprowadzenia fal głosowych. POLITZER wykazał doświadczalnie, że przy braku przewodnictwa fal głosowych ze strony ucha zewnętrznego i jamy bębnekowej można do pewnego stopnia słyszeć przez trąbkę EUSTACHIUSZA. Wyrostek sutkowy ma mieć pewne znaczenie tonów wysokich [MACH, KESSEL].

Przewody łukowe mają mieć pewne znaczenie dla słuchu [MYGIND]; głównie zaś są one narządami równowagi ciała.

Płyn błędnikowy i otaczające go części błoniaste wraz z znajdującymi się na nich aparatami końcowymi i zakończeniami nerwów ulegają wahaniu podczas aktu słyszenia, które udziela się nerwom słuchowym. Przy słyszeniu przez przewodnictwo kostne wahanie powstaje na drodze czaszki, przy słyszeniu zwyczajnem przez okienko owalne, a może i przez okienko okrągłe. O kierunku drgań w rozmaitych kanałach błędnika nie wiemy nic pewnego. Piasek uszny ulega powolniejszemu wahaniu, aniżeli płyn błędnikowy, wniosek ten wywołuje pobudzenie mechaniczne końców nerwowych.

Ślimak jest przeważnie narządem obwodowym wrażeń słuchowych, powstających przez pobudzenie gałązek końcowych nerwu ślimaka. Pobudzenie następuje przez płyn błędnikowy, ulegający drganiu przy każdym ruchu strzemiennia ku przodkowi. Szybkość drgań płynu błędnikowego zależy od wysokości tonu pobudzającego. Rozmaita szerokość błony podstawowej (*membrana basilaris*) wpływa na nastrój jej dla rozmaitych tonów i dlatego części dolne tej błony pośredniczą w percepcji tonów wysokich, części zaś górne — tonów niskich. Ton wywołuje drgania pewnej grupy włókien nerwowych, lecz nie ściśle ograniczonych, przeciwnie, i włókna sąsiednie nie pozostają w zupełnym spokoju, z tego powodu wrażenie przy wzrastającej wysokości tonu jest ciągle, a nie urywane.

Nerw słuchowy posiada czynność słuchową i niesłuchową. Dotąd obie te czynności jego nie dają się ani fizjologicznie, ani histologicznie odzielić. Z tego powodu nazwa *n. acusticus* zostaje zarzuconą i zamienioną na *n. octavus*.

Sensoryjny ośrodek słuchowy nerwu słuchowego znajduje się w pierwszym zwoju skroniowym [WERNICKE, FERRIER, MUNK], a zatem w miejscu, w którym dotąd związek anatomiczny jego z jądrami i korzeniami nerwu słuchowego nie został wykazany. MUNK sądzi, że część tylna sfery słuchowej służy do pojęcia tonów niskich, część zaś przednia, leżąca w bliskości rowka SYLWIUSZA, dla tonów wysokich.

WERNICKE i MEYNERT uważają pierwszy zawój skroniowy za ośrodek obrazów słuchowych. Uszkodzenie tego zwoju sprządza głuchotę wyrazową [KUSSMAUL], t. j. niemożność pojmowania znaczenia wyrazów, czego następstwem są odpowiednie zaburzenia mowy. Usunięcie dolnych części zrazów

skroniowych sprowadza „głuchotę duchową“, takowa po usunięciu całkowitem tych zrazów, po pewnym czasie znika MUNK wykazał, a KUSSMAUL stwierdził to klinicznie, że uszkodzenie zraza skroniowego wywołuje głuchotę skrzyżowaną. Na powierzchni wielkich półkul mózgowych niema ośrodków, będących w związku bezpośrednim z nerwem słuchowym, po zniszczeniu substancji korowej zmian w słuchu nie zauważono [GOLTZ].

Zmysł słuchu może być pobudzonym zwrotnie przez rozmaite nerwy czuciowe, a przede wszystkim przez nerw trójdzielny. Ból zęba nierzadko sprowadza szum w uchu po stronie chorego zęba. Bodźce czuciowe, obwodowe, szczególnie podrażnienie gałązek czuciowych nerwu trójdzielnego, wywierają wpływ nie tylko na ośrodki słuchowe strony odpowiedniej, lecz i na ośrodki drugostronne. Tu należy także wpływ sympatyczny jednego ucha na drugie.

Pobudzenie zmysłu słuchu może ze swej strony wywołać różnorodne objawy zwrotne w sferze ruchu i naczyń krwionośnych. To nam objaśnia zadrżenie przy silnych szmerach, zwrócenie głowy w stronę dźwięku, zawroty i t. p. Muzyka zwykle przyspiesza uderzenia serca [DOGIEL]. Znanym jest też wpływ hipnotyczny dźwięków. Silne dźwięki wywołują niekiedy też u histeryczek drgawki i t. d.. Pobudzenie zmysłu słuchu wpływa na wrażenia innych zmysłów i odwrotnie. W chwili pobudzenia słuchu powstają zmiany we wrażeniach kolorów oraz zauważyć się dają rozmaite wrażenia kolorów (*audition colorée*), nadto dostrzegamy zmiany w ostrości widzenia, w powonieniu, smaku i dotyku. Z drugiej znowu strony pobudzenie innych zmysłów, a zwłaszcza wzroku oddziałują na podmiotowe i przedmiotowe wrażenie słuchowe. Te ostatnie mogą też być wywołane przez wrażenie świetlne i przez patrzenie na światło elektryczne [ARSONVAL].

Wszystkie cierpienia ucha, prowadzące do częściowej lub całkowitej utraty słuchu, mogą być umiejscowione w narządach, dźwięk przeprowadzających, w narządach, dźwięk przejmujących, lub też w obu jednocześnie, oraz w narządach, przerabiających go na właściwe obrazy słuchowe. Anatomiczną, fizyologiczną i kliniczną granicę, dźwięk przeprowadzających i dźwięk przyjmujących odcinków, stanowi ściana błędnikowa jamy bębenkowej, a raczej oba jej okienka.

Słuch może przeto uleść upośledzeniu skutkiem cierpienia ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego, dalej skutkiem cierpienia nerwu słuchowego na całym jego przebiegu, oraz jego korzeni i jąder w jamie czaszkowej, wreszcie skutkiem porażenia ośrodków słuchowych w wielkich półkulach mózgu.

Wogóle pamiętać należy, że znaczne zmiany w pierwszych dwóch odcinkach narządu słuchowego, t. j. w uchu zewnętrznym i środkowym, t. j. brak wylotu ucha, prawie zupełne zamknięcie lub zatkanie przewodu słuchowego zewnętrznego, wybitne zmiany na błonie bębenkowej: zwapnienie jej, ścięczenie, blizny, przedziurawienie, unieruchomienie i wciągnięcie jej, stan chorobowy i utrata kostek słuchowych, stan chorobowy błony śluzowej i ścian kostnych jam bębenkowych, nagromadzenie się w nich ropy i śluzu, nowotwo-

ry, nie wywołują znacznego upośledzenia słuchu, dopóki tylko fale głosowe dostać się mogą do okienek błędnikowych. Natomiast niewielkie już zmiany w uchu wewnętrznym pociągają za sobą znaczne upośledzenie słuchu.

Choroby ucha zewnętrznego, zatkanie go ciałami obcymi, siarą uszną, mogą spowodować czasowe większe lub mniejsze upośledzenie słuchu, trwałego stopienia słuchu jednakże nie wywołują. Jedno jest tylko cierpienie ucha zewnętrznego, wywołujące trwałe upośledzenie słuchu, t. j. zarośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego; wszelako zarośnięcie to jest prawie zawsze następce i wywołane zostaje najczęściej przez sprawy ropne w uchu środkowym. Stany zapalne błony bębenkowej wywołują nieznaczną i często przemijającą utratę ostrości słuchu.

Chorobom ucha wewnętrznego stale towarzyszy upośledzenie słuchu. Upośledzenie słuchu, albo nawet głuchota rozwija się szybko, albo powoli. Najczęściej jest ona stałą, rzadko przemijającą. Przy udarowej formie choroby MENIER'a, przy zapaleniu nagminnym opon mózgowo-rdzeniowych, przy syfilisie mózgu, przy urazach błędnika, a czasem w przebiegu ostrych wysypek zakaźnych głuchota całkowita i niewyleczalna rozwija się w przeciągu kilku dni, a niekiedy nawet w ciągu kilku godzin. Powolne upośledzenie słuchu, zależące od cierpienia błędnika, jest przeważnie następce i towarzyszy przewlekłym sprawom nieżyłowym, a głównie sklerotycznym, ucha środkowego. W takich razach upośledzenie słuchu albo postępuje ciągle, albo też przebieg przewlekły zostaje przerywany nagłymi pogorszeniami. Sprawy ropne w uchu środkowym rzadziej wywołują zaburzenia słuchu pochodzenia błędnikowego. Przychodzi to do skutku, gdy ropienie z ucha środkowego rozprzestrzenia się na błędnik, gdy jego, torebka kostna zostaje otwartą i tworzy błoniaste ucha wewnętrznego podlegną zapaleniu i zniszczeniu. Wszelako wahania słuchowe, a raczej ostrości jego są rzadsze przy cierpieniach ucha wewnętrznego, aniżeli przy chorobach ucha środkowego. Na pierwsze nie pozostają bez wpływu wzruszenia duchowe, niedyspozycja ciała, bezsenność i nocne czuwanie, napoje wyskokowe i t. d.. Nie ulega wątpliwości, że słuch może niekiedy wrócić do normy przy cierpieniach ucha wewnętrznego, wogóle jednak rzadziej się to przytrafia, aniżeli przy cierpieniach ucha środkowego.

Głuchota, mająca za źródło cierpienie nerwu słuchowego lub błędnika, rozwijająca się przy chorobach zakaźnych, przy chorobach krwi, przy cierpieniach mózgu, forma głuchoty udarowa przy zapaleniu ucha środkowego, daje w ogóle rokowanie niepomyślne.

Czasowe lub stałe upośledzenie słuchu, a nawet głuchotę pochodzenia nerwowego, wywołują pewne lekarstwa, jak: chinina, kwas salicylowy, morfina, tytoń, chloroform, przewlekłe otrucie ołowiem, *ol. chenopodii* i t. d.. To samo powstać może po urazie [upadnięcie, uderzenie w głowę], wybuchu, silnych dźwiękach, a nawet po nagłych zmianach ciśnienia powietrza [u nurków, u robotników w kesonach]. Takie same następstwa mogą spowodować zaburzenia w krążeniu krwi w naczyniach głowy przy chorobach serca i płuc, wolu. Ciąża, poród, lata przejściowe [klimakterye], powstrzymanie miesiączki, samo-

gwałt, zajęcia, t. j.: ślusarstwo, kowalstwo, kotlarstwo, bednarstwo, służba w artylerii i t. d., pewne czynniki psychiczne, jak np. strach [DALBY, POLITZER, URBANTSCHITSCH, BUERKNER]. W tych razach upośledzenie słuchu jest następstwem wpływu tych czynników na nerwy naczyniowe, wywołujące zaburzenia w krążeniu nerwu słuchowego. Wiek dziecięcy i starczy dają największą odsetkę upośledzeń słuchu pochodzenia nerwowego. Dziedziczność odgrywa tu także pewną rolę. Najczęściej upośledzenie słuchu i głuchota rozwijają się jednocześnie w obu uszach, lub też zapada jedno po drugim w krótkich odstępach czasu. Rzadziej następuje stała utrata słuchu na jedno ucho. GRADENIGO zalicza do kategorii głuchot błędnikowych starsze upośledzenie słuchu, które według niego nie zależy od sztywności części składowych kostek słuchowych, lecz od zmian degeneracyjnych błędnika. Nowotwory, na podstawie czaszki, uciskając nerw słuchowy, mogą wywołać zaburzenia słuchowe.

Przy *tabes dorsualis* głuchota zdarza się, lecz rzadziej, aniżeli ślepotą. Częściowa lub całkowita utrata słuchu zdarza się niekiedy przy hysterii i występuje albo samodzielnie, lub też obok innych porażień; tworzy ona szczególnie objaw histerycznych hemianestezji. Charakterystycznym jest dla cierpień błędnika, że przy niewielkiem upośledzeniu słuchu przewodnictwo kostne cierpi więcej od powietrznego.

Najrozleglejszy dział chorób, wywołujących częściową lub całkowitą utratę słuchu, stanowi cały szereg spraw chorobowych, nieropnych ucha środkowego, noszących ogólną nazwę „kataralnych“. Zaliczone do grupy tej sprawy chorobowe są dotąd anatomicznie mało zbadane i rozdział ich pod względem klinicznym jest sztuczny. Do działu tego zaliczamy tu nie tylko przewlekłe nieżyty z wyraźnym obrazem patologicznym na błonie śluzowej i na błonie bębenkowej, ale także owe formy powoli rozwijającej się tępości słuchu, w których siedliskiem choroby, przynajmniej z początku, jest niewątpliwie ucho środkowe. Pod względem klinicznym dają formy te obrazy różnorodne, często nie dające się ściśle odgraniczyć i nierzadko przechodzące z jednego w drugi.

Ta różnorodność form, anatomicznie i klinicznie nie całkiem dotąd wyjaśnionych, jest też powodem różnego podziału ich i opisywania ich pod rozmaitemi nazwami. Opierając się na własnym materiale klinicznym, jestem zdania, że wszystkie formy t. z. nieżytowe ucha środkowego, wywołujące stopień słuchu, a w następstwie głuchotę, dadzą się podprowadzić pod dwie główne kategorie, t. j. formy nieżytowe przewlekłe we właściwym znaczeniu tego słowa, którym towarzyszy wydzielina surowiczno-śluzowa, w których często po zniknięciu wydzieliny lub nawet podczas wypływania takowej wytwarza się tkanka łączna, prowadząca do rozmaitych zrostów w jamie bębenkowej, których następstwem jest stopniowo powiększająca się utrata słuchu, i na takie, które powstają bez wszelkich objawów nieżytowych, skutkiem powolnego, interstycjalnego zapalenia błony śluzowej ucha środkowego, prowadzące do stwardnienia i zaniku błony śluzowej i więzadeł w jamie bębenkowej, do sztywności kosteczek słuchowych, najczęściej zaś do ankilozy [zrostu] strzemięcia z okienkiem owalnym.

Ostatnie stanowią owe formy, które klinicznie rozpoczynają się nieznanymi objawami, stopniowo postępują i prowadzą do zupełnej lub prawie zupełnej głuchoty. Opierając się na przebiegu klinicznym i na wynikach leczniczych, jestem zdania, że skleroza nie powstaje nigdy z formy nieżytowej, że ona występuje zawsze samodzielnie, jest jeszcze następstwem choroby ogólnej, wywołującej zmiany w narządzie słuchowym, przy niej prawie zawsze już z początku samego lub w dalszym przebiegu cierpi ucho wewnętrzne.

Tam, gdzie już z samego początku występują objawy, wskazujące i na cierpienie błędnika, musimy przyjąć, że oba te odcinki jednocześnie cierpieć zaczęły i cierpienie to wywołane zostało przez te same zaburzenia troficzne. Niekiedy nawet objawy cierpienia błędnikowego tak występują na pierwszy plan, że nie jesteśmy pewni, z kąd rozpoczęło się pierwotne cierpienie.

Do grupy tej zaliczamy też owe sprawy ucha środkowego, które są ograniczone do okienek błędnikowych, a zaliczamy je zaś do grupy spraw sklerotycznych jedynie dla tego, że przy obydwóch postaciach istnieją przeszkody dla przewodnictwa dźwięków. Słuszne jest zdanie TROELTSCH'a, że z rozszerzeniem się naszych wiadomości anatomicznych rozmaite te formy chorobowe będą należycie rozdzielone. Klinicznie ten jeden fakt nie ulega wątpliwości, że sprawy chorobowe, które od samego początku przebiegają bez objawów nieżytych, stanowią formę chorobową *sui generis*, wielce różniącą się od form zrostowych, będących następstwem nieżyty. Leczenie też obydwóch tych grup daje też odmienne zupełnie wyniki.

Zmiany anatomiczne przy formach przewlekłego nieżyty rozciągają się zwykle na całą błonę śluzową ucha środkowego, przy formie zaś sklerotycznej ograniczają się tylko do pewnych miejsc jamy bębnekowej, a specjalnie w okolicy okienek błędnikowych [POLITZER].

Przy nieżycie przewlekłym błona śluzowa ucha środkowego jest obrzmiałą, rozpułchnioną, zawartość jamy bębnekowej jest wypełnioną jasnym, surowicznym, lub też gęstym, ciągnącym się w nitki wysiękiem śluzowym. Płyn ten zawiera mikrokokki chorobotwórcze. Te postaci nieżyty kończą się całkowitem wyzdrowieniem lub też, co się częściej zdarza, przechodzą w następny okres, pozostawiają stałe przeszkody w narządzie dźwięk przeprowadzającym i stosownie do tego wywołują większy lub mniejszy stopień upośledzenia słuchu.

Jeżeli choroba przyjmuje taki obrót, to błona śluzowa ulega całkowitej lub częściowej przemianie, a mianowicie: wybujałe komórki okrągłe przechodzą w włóknistą tkankę łączną, w następstwie skutkiem znacznie rozwiniętej tkanki międzykomórkowej tkanka zasadnicza ulega zmianom wstecznym, t. j. zanikowi, zwapnieniu i stwardnieniu.

STEINKRUEGGE jest zdania (ORTH. Path. Anatom. 1893), że napotykanne przy badaniach zrosty, przerosty i zwyrodnienia nie stanowią istoty choroby, lecz tylko następstwa. Lubo nie posiadam własnych badań anatomicznych, sądząc jednakże po przebiegu klinicznym „nieżytów“, muszę dojść do wniosku, że, o ile twierdzenie STEINKRUEGGE'go zupełnie uzasadnionem jest dla form nie-

żytowych, nie daje się ono zastosować do sklerozy. Jak stwierdzają badania anatomiczne, to w takich razach nie jesteśmy w stanie skonstatować jakich-bądź spraw zapalnych, najwyżej nieznaczne przekrwienie naczyń na pagórku i w okolicy okienka owalnego, rzadko na całej powierzchni jamy bębnekowej.

Wolny wysięk w okresach późniejszych jest rzadki, w niszach i zagłębieniach jamy bębnekowej znajdujemy produkty rozłożonego nabłonka. Szczególniej zgrubiałą bywa błona bębnekowa. Po okresie rozrostowym tkanki łącznej następuje kurczenie się jej, oraz sprawy zwyrodniające [wsteczne] i wytwarzania się prawdziwych błon fałszywych. W miejscach, w których części przerosłe stykają się z sobą, odpowiednie powierzchnie zlepiają się z sobą i zrastają. W sąsiedztwie stawów kostek słuchowych tworzą się liczne sznurki, całkowite otoczenia stawów tkanką łączną, prowadzące do ankylozy z początku pozornej, a w następstwie, z powodu niedostatecznego odżywiania tych części, do prawdziwej. Okolica okienka owalnego często otoczona jest tkanką łączną, sprowadzającą ograniczenie ruchomości strzemiączka. Zrośnięcia błony bębnekowej ze ścianą błędnikową są w tej formie rzadkie [WALB].

Skleroza właściwa błony śluzowej, jamy bębnekowej często bywa mieszaną z przewlekłym nieżytem, lecz, jak już wspomniałem, opierając się na przebiegu klinicznym i wynikach leczniczych, są to zupełnie dwie oddzielne grupy chorobowe. Podług zdania większości autorów, nieżyt przewlekły przejść może w sklerozę. Sądziłbym jednak, że powinowactwo obydwóch grup chobobowych leży jedynie w zejściu ostatecznym, t. j., że przy obydwóch słuch zostaje zniszczony, lecz że obie stanowią, bądź co bądź, dwie odrębne formy chorobowe, nie mające nic wspólnego ze sobą nawet pod względem anatomicznym.

Zmiany anatomiczne, rozwijające się przy sklerozie, są od samego początku natury degeneratywnej bez uprzedzającego okresu przekrwienia i nasięku, i bez obrzmienia i przerostu błony śluzowej.

Włókienkowa tkanka łączna w głębszych warstwach błony śluzowej ulega przemianie ścięgnistej, nabłonek i wiele naczyń krwionośnych zanika, lub też błona śluzowa ulega rozpadowi drobnoziarnistemu, zawierającemu drobne złogi wapienne. Zmiany te prowadzą do zaniku błony śluzowej, ankylozy stawów kostek słuchowych, przede wszystkim zaś do unieruchomienia strzemięcia w okienku owalnym. Nierzadko też wytwarzają się listewki kostne w rozmaitych punktach jamy bębnekowej i na samych kostkach słuchowych.

Zmiany bardzo ważne odbywają się też w okienku okrągłym. POLITZER znajdował najczęściej niszę okienka okrągłego wypełnioną tkanką łączną, samą błonę zgrubiałą, niekiedy ze złoгами wapiennymi, samą niszę zwężoną lub zarośniętą.

Przy grupie nieżytowej rozwijają się też zmiany patologiczne w trąbkach EUSTACHIUSA, zwłaszcza gdy jednocześnie istnieje zajęcie przewlekłe okolicy noso-gardzielowej. Powstaje tedy przerost błony śluzowej trąbki z następczem zgrubieniem i skurczeniem się tkanki łącznej, podśluzowej, co

sprowadza już to większe, już to mniejsze zwężenie trąbki. Przy sklerozie błona śluzowa trąbek ma wygląd prawidłowy i kanał jej przedstawia światło prawidłowe.

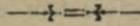
I mięśnie jamy bębenkowej nie pozostają wolne od sprawy chorobowej, rozwija się tłuszczowe zwyrodnienie ich, zanik i zwyrodnienie galaretowate [Moos]. Wszelako przy formie sklerotycznej POLITZER nie znalazł w nich zmian chorobowych. Mięśnie trąbki mogą przy formie nieżytowej ulegać tym samym przemianom, co mięśnie jamy bębenkowej. Przez zmniejszoną zdolność czynnościową potrzebna wentylacja ucha środkowego ulega upośledzeniu [WEBER-LIEL]. [C. d. n.].

II. PRZECIĘCIE KRĘGOSŁUPA PŁODU

PRZY POŁOŻENIACH POPRZECZNYCH, ZANIEDBANYCH,
CELEM WYDOBYCIA PŁODU.

Podał

D-r A. Olszewski [w Ciechanowie].



Z pomiędzy zabiegów operacyjnych przy położeniach płodu poprzecznych, zaniedbanych, w przypadkach, w których obrót jest wyłączony, jako niemożliwy do wykonania, najbardziej odpowiedni przedstawia się przecięcie kręgosłupa, które ma to za sobą, iż w każdym ciężkim, zaniedbanym przypadku jest operacją łatwą do wykonania i nieszkodliwą dla położnicy, oraz zawsze bez zawodu prowadzącą do wydobycia płodu.

Powtórnie, przecięcie kręgosłupa usuwa zupełnie z programu operacji akuseryjnych niewdzięczny zabieg obezglowienia płodu.

Zaniedbane poprzeczne położenia płodu przeważnie spotyka się w praktyce prowincjonalnej, w której otoczenie położnicy, zanim pośle po doktora do miasta, wprawdzie wyprobuje bab i felczerów, którzy swymi manipulacjami często zwykle poprzeczne położenie płodu przemieniają na ciężkie, zaniedbane.

Wezwany akuszer zastaje rodzącą nadzwyczaj rozdrażnioną, osłabioną, z tęzcem macicy, do której nie tylko trudne jest wprowadzenie ręki, lecz nawet dotknięcie palcami do warg sromnych sprawia uczucie dla rodzącej bardzo bolesne. Przodującą część płodu stanowi przeważnie ramię, mniej więcej wkliniwane, rączka wypadła, obrzmiała; lub też przy tętcu macicy płód leży wpoprzek nad wchodem małej miednicy bez wypadnięcia rączki.

Dziwić się nieraz należy, iż macica pomimo rozmaitych perturbacji ze strony bab i felczerów, pomimo towarzyszącego jej tęzca, pozostała cała.

Zwykle zabiegi operacyjne w takich razach, jak: obezglowienie i przepołowienie, bez narażenia na niebezpieczeństwo rodzącej nie dadzą się zastosować. Uciążliwy dostęp, pomimo znieczulenia, do szyjki i klatki piersiowej

plodu z powodu tęcza macicy uniemożliwia nie tylko obezglowienie, lecz i przepołowienie, wykonywane za pomocą ściągania płodu i stopniowego przecinania klatki piersiowej z zewnętrznej jej strony, aż przepołowienie nastąpi. Ciężkie zaiste bywają warunki w podobnych przypadkach dla prowincjonalnego lekarza, a na pomoc koleżeńską liczyć nie można, gdyż jej często brak.

Wiadomo wszakże, iż macerowany, zgniły płód przy poprzecznem położeniu bez akuszerijnej pomocy może sam się urodzić, byleby były odpowiednie skurcze maciczne. Przyczyna takiej *evolutionis spontaneae* tkwi w naruszeniu kręgosłupa, który z powodu silnej maceracji może się zginać, a nawet i łamać stosownie do skurczów macicznych. Przecięcie więc kręgosłupa przy zaniedbanych, poprzecznych położeniach, gdy obrót wykonany być nie może, jest naśladowaniem *evolutionis spontaneae*, z tą tylko różnicą, iż donoszony, dojrzały płód po przecięciu kręgosłupa staje w lepszych warunkach do porodu, niż macerowany, zgniły płód przy *evolutio spontanea*, ponieważ, oprócz przeciętego kręgosłupa, ma przeciętą przodującą część klatki piersiowej i całkowite lub częściowe jej wytrzewienie.

System przecięcia kręgosłupa, jaki wyrobiłem sobie w uciążliwej prowincjonalnej praktyce, tak się przedstawia.

Po zwykłym przygotowaniu rodzącej i narzędzi do operacji, wstrzykuję pod skórę morfinę z atropiną, nie tyle celem usunięcia skurczów macicznych, ile dla uspokojenia rodzącej. Następnie odejmuję wypadniętą, obrzmiałą rączkę, ponieważ przez to przestrzeń dla ręki akuszera w przewodzie rodnym znacznie się powiększa, a co ważniejsze, iż przy tęczu macicy następuje lepsze wklinowanie przodującej części klatki piersiowej. W tej ostatniej robię otwór nożycami NAEGELE'go.

Przez otwór taki zakładam hak BRAUN'a do wnętrza klatki piersiowej płodu i obrotami haka dziurawię płuca, wątrobę i kiszki, aby usunąć zawartość płynną tych organów, i tym sposobem, o ile się da, zmniejszyć objętość płodu. Rozumie się, jeżeli można usunąć płuca, wątrobę i kiszki, usuwam.

Po takim wypaproszeniu przystępuję do przecięcia kręgosłupa, aby usunąć przeszkodę, dla której płód przy poprzecznem położeniu nie może się narodzić, t. j., aby naśladować *evolutionem spontaneam* macerowanego płodu.

Dlatego też przez otwór, zrobiony już w klatce piersiowej, zakładam prawą ręką nożyce NAEGELE'go do wnętrza płodu, doprowadzam je do kręgosłupa i przecinam go tak, jak się przecina główkę przy perforacji, z tą różnicą, iż przecięcie kręgosłupa od wewnętrznej strony klatki piersiowej jest o wiele łatwiejsze, aniżeli przecięcie główki, ponieważ niema tu elastycznej skóry. Jednocześnie końcami palców lewej ręki, które i przy tęczu można doprowadzić do pleców płodu, zabezpieczam od porażeń ewentualnych macicę, unieruchomiam kręgosłup i zarazem kontroluję nożyce od zewnętrznej strony klatki piersiowej płodu.

Po przecięciu kręgosłupa, nie odejmując palców lewej ręki od kręgosłupa z zewnętrznej strony płodu, zaprowadzam jeszcze raz przez otwór w klatce

piersiowej hak BRAUN'a, doprowadzam go do miejsca, w którym został przecięty kręgosłup i kręgosłup hakiem dokładnie rozdwarzam.

W czasie operacji kręgosłup znajduje się między ostrzem nożyc i palcami lewej ręki akuszera. Palce ochrania od porażeń skóra płodu, gdyż tej się nie przecina, a macicę od porażeń ochraniają palce akuszera i skóra płodu.

Kręgosłup został przecięty. Usunięte więc jest położenie poprzeczne płodu, ponieważ przy tężcu macicznym często już jedna połowa płodu, przeważnie pośladkowa, jak przy *evolutio spontanea* zgnitego płodu, prędko wstępuje do szpary rodnej zewnętrznej, i trzeba się spieszyć, aby, jeżeli wystaje nieusunięty kawałek jakiej kości, zabezpieczyć rodzącą ręką swoją i skórę płodu od porażeń.

W niektórych razach, po rozdwojeniu kręgosłupa, rozdzielam jeszcze wpoprzek klatki piersiowej od wewnątrz płodu palcami i hakiem mięśnie międzyżebrowe i niektóre żebra, jeśli one utrudniają wydobywanie płodu, a skórę z powodu jej elastyczności ściągając palcami i przecinam nożycami SCANZONIEGO, lub, gdy się da, zwykłym nożem. Po takim przecięciu klatki piersiowej i po zabezpieczeniu od porażeń przewodu rodnego, wyjmuję oddzielnie każdą połowę płodu.

Tak postępuję przy położeniach poprzecznych, zaniedbanych z wypadniętą, obrzmiałą rączką.

W przypadkach bez wypadnięcia rączki, gdy płód leży poprzecznie nad wchodem miednicy małej, przedziurawiam przodującą część klatki piersiowej, a jeżeli wysokie położenie jej sprawia pewne utrudnienie przy perforacji, to sprowadzam w celu obniżenia i wklonowania produkującej części klatki piersiowej jedną z rączek i gdy potrzeba, odejmuję. Następnie postępuję, jak wyżej.

Bywają przypadki i to częste, przy których główka na końcu idąca, z powodu swych dużych rozmiarów i zwężenia miednicy, musi uleść przedziurawieniu i wydobyta zostaje za pomocą kranioklastu; lecz zabieg taki operacyjny, o ile jest trudny do obezglowienia, o tyle jest łatwy, nawet przy tężcu macicy, po przecięciu kręgosłupa, gdyż w tym razie przy główce pozostaje jeszcze rączka, duża część klatki piersiowej i cała szyja; jest więc za co pociągnąć i unieruchomić główkę, na końcu idącą, celem wykonania perforacji, czego nie można zrobić po obezglowieniu. Dla tej prostej przyczyny jestem przeciwnikiem obezglowienia i nigdy go nie wykonywam, jako operacji niewdzięcznej, operacji kompromitującej w oczach publiczności samego akuszera. Zdarza się bowiem, że lekarz z główką odciętą rady sobie dać nie może, ponieważ główka usuwa się ku górze do dna macicy i zostaje tam zamkniętą pierścieniem skurczowym macicy, tak, iż przedziurawić jej i wydobyć niepodobna bez uszkodzenia macicy i innych części miękkich przewodu rodnego.

Wiadome mi są przykłady, że zdolni nawet lekarze tak się zniechęcili do akuszeryi z powodu nieszczęśliwej perforacji, że przestali się zajmować tą gałęzią medycyny.

Praktyka prowincjonalna przekonała mnie, iż przecięcie kręgosłupa o wiele mniejszem niebezpieczeństwem zagraża rodzącej, niż uciążliwe sprowadzanie nóżki przy utrudnionym obrocie. Dlatego też w tych nawet przypadkach, w których obrót da się wykonać, lecz z trudnością, a przede wszystkim przy stwierdzonej śmierci dziecka, zamiast zrobienia obrotu, przecinam kręgosłup.

Do znieczulenia używam przeważnie morfiny z atropiną; chloroformuję rodzącą przy płodzie żywym w celu spróbowania obrotu.

Przecięcie kręgosłupa traktowane jest w akuszeryi jako *ultimum refugium* i tak pobieżnie, iż może niezwrócić uwagi praktykującego lekarza, za dowód czego może posłużyć artykuł D-ra SILBERSTEINA: „O położeniach płodu poprzecznych zaniedbanych“, pomieszczony w №№ 26, 27 Przeglądu Lekarskiego r. z..

D-r SILBERSTEIN w artykule swym, który spowodował mnie do ogłoszenia tego sprawozdania o przecięciu kręgosłupa, położenia poprzeczne, zaniedbane przy tężcu macicy mianuje nietypowemi i dzieli je na trzy kategorie:

Do I należą przypadki, w których obrót pod chloroformem da się zrobić.

Do II, w której trzeba płód przepołowić i Dr. SILBERSTEIN podaje swoją metodę przepołowienia płodu, zasadzającą się na ściąganiu i stopniowem przecinaniu płodu z zewnętrznej jego strony, aż przepołowienie nastąpi.

Do III, w której pomimo drożnego przewodu rodnego wydobycie płodu bez cięcia cesarskiego nie można. Tu przytoczona jest historia porodu u wielorodki, którą Dr. SILBERSTEIN, po „całodziennej“ pracy nad wydobyciem płodu, pozostawił własnemu jej losowi, radząc, aby udała się do szpitala Wiedeńskiego *ad sectionem caesaream*.

Przypadek ten w streszczeniu tak się przedstawia: osoba, lat 25 licząca, rodziła trzeci raz. Dwa pierwsze porody były prawidłowe. *Conjugat. diag.* około 11 $\frac{1}{2}$ ctm. Położenie płodu dojrzałego poprzeczne; płód leży nad wchodem małej miednicy, macica w stanie skurczu. Przy badaniu wewnętrznem „ręka zawsze jakoś dostała się między wzgórek kości krzyżowej a plecy płodu“. Dalej czytamy, „iż nad wchodem miednicy było można końcami palców wymacać szyję i główkę dziecka, przyciśniętą do lewego boku klatki piersiowej; badając drugą ręką, można było końcami palców dotrzeć do kolan, ale żadną miarą nie można było postąpić dalej bez narażenia macicy na zmiążdżenie“.

Przy stałem znieczuleniu chloroformowem Dr. SILBERSTEIN starał się ukończyć poród metodą własną, podaną pod II, lecz „niestety, pisze, mimo tego żem przodującą część klatki piersiowej płodu przeciął, a nawet wytrzewił, przecież nie było możebną rzeczą płód tak ściągnąć, aby go przepołowić“.

Po „całodziennej“ pracy nad wydobyciem dziecka Dr. SILBERSTEIN oświadczył rodzinie, „że tu niema innego ratunku, jak wykonanie cięcia cesarskiego“.

Chora nie zgodziła się na proponowany wyjazd do wiedeńskiego szpitala, a nie otrzymawszy odpowiedniej pomocy akuszeryjnej, po paru godzinach zmarła.

Na usprawiedliwienie samego siebie Dr. SILBERSTEIN przytacza, iż „według dziś panujących zasad, takie przypadki kwalifikują się do cięcia cesarskiego“, a ponieważ przewód rodny jest drożny, nasuwa się D-rowi SILBERSTEINOWI pomysł, „czy, zamiast klasycznego cięcia cesarskiego w tym i do tego podobnych przypadkach, nie należałoby robić mniejszego cięcia, a może wystarczyłby mniejszy otwór w ścianie macicy, aby tą drogą dokończyć przepołowienie płodu, albo przedsięwziąć i obezglowienie, a potem dopiero przez pochwę wydobyć dwie połowy płodu?“

Streszczona historia porodu świadczy sama za siebie, komentarze są zbyteczne. Teoria w artykule D-ra SILBERSTEINA pozostanie teorią, a fakt pozostawienia przez akuszerza rodzącej wielorodki przy drożnym przewodzie rodym bez odpowiedniej pomocy akuszeryjnej pozostanie faktem smutnym w akuszeryi.

Że Dr. SILBERSTEIN nie mógł za pomocą własnej metody płodu wydobyć, nie jest jeszcze dowodem, aby przypadki takie kwalifikowały się do cięcia cesarskiego. W przypadku tak ciężkim, jak wyżej przytoczony, Dr. SILBERSTEIN powinien był zaniechać swej własnej metody, a przystąpić, po przecięciu przodującej części klatki piersiowej i po jej wytrzewieniu częściowem, do przecięcia kręgosłupa, i dlatego też przez otwór zrobiony już w klatce piersiowej trzeba było poprowadzić nożyce NAEGBLE'go lub embryotom LEVRET'a wprost do kręgosłupa i przeciąć, a wtenczas, gdyby płód pomimo tężca macicy sam się nie wytoczył, możnaby było nawet palcem zahaczonym w otworze klatki piersiowej tak go ściągnąć, iż prostym nożem dałby się ostatecznie przepołowić. Wszystkie warunki aż nadto sprzyjały temu, a mianowicie: przewód rodny był drożny; przodująca część klatki piersiowej była nie tylko przecięta, lecz i wytrzewiona; końce palców swej ręki można było doprowadzić nie tylko do pleców, co jest bardzo ważne, lecz nawet do główki, szyi i kolan. Przecięcie więc kręgosłupa dla danego przypadku było nader odpowiednie, a jako zabieg operacyjny tak łatwe i nieszkodliwe, iż początkujący nawet lekarz przy odwadze i uwadze z pomyślnym skutkiem dla rodzącej mógł je wykonać.

Zdaje się, że artykuł D-ra SILBERSTEINA nie zwrócił uwagi akuszerów specjalistów, dowodem czego brak dotychczas odpowiedniej krytyki; na początkujących prowincjonalnych lekarzy artykuł ten może podziałać przynębiająco.

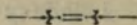
Ciechanów dnia 12. XI. 1897 roku.

ODCINEK.

O MOŻLIWOŚCI WYKORZENIENIA PIJAŃSTWA.

Napisał

Prof. J. Dogiel [Kazań].



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 12].

Wyskok, dostawszy się do krwi, wywołuje, jak mówiliśmy, zmiany w samej krwi, i następnie, krążąc wraz z nią, oddziaływa na pierwiastki nerwowe mózgu i rdzenia. Działanie wyskoku na układ nerwowy człowieka objawia się początkowo uczuciem pewnego zadowolenia, pobudzeniem czynności mózgu, wzmocnieniem odruchów i zmniejszeniem wrażliwości, zależnie od ilości wyskoku we krwi. Silne zatrucie ośrodków nerwowych występuje w postaci całego szeregu zjawisk skombinowanych. Wogóle jednak działanie wyskoku na układ nerwowy polega na podnieceniu, albo na osłabieniu jego czynności. W okresie podniecenia człowiek czuje się jakby żwawszym; zmysły wzroku, słuchu, powonienia i dotyku stają się wrażliwsze. Ale okres ten szybko mija i następuje osłabienie czynności układu nerwowego. Prócz tego wszystkie objawy, występujące, jakby się mogło zdawać, wskutek podniecenia energii, zależą w rzeczywistości od jej osłabienia: pod wpływem wyskoku słabnie zdrowy sąd o rzeczach i tem objaśnić można uczucie zadowolenia, zależne od braku krytyki; człowiek staje się szerszy, bardziej towarzyski, wolny od troski i odważny, ponieważ zatracą uczucie niebezpieczeństwa. [Pijanemu morze po kolana — jak mówi przysłowie]. Potem stopniowo zmniejsza się wrażliwość: wzrok słabnie, słuch tępieje; mowa staje się mniej wyraźną; występuje brak związku i konsekwencji w myślach, osłabienie zmysłu orientacyjnego, dochodzące do zupełnej utraty przytomności. Ożywione ruchy ciała, będące następstwem podniecenia układu nerwowego, stopniowo słabną i wreszcie ustają, występuje sennaś, przechodząca w śpiączkę. Zresztą siła działania wyskoku i rodzaj zmian w układzie nerwowym zależą również od warunków indywidualnych ustroju ludzkiego i od domieszki innych alkoholi, zbliżonych do alkoholu etylowego. Domieszkę stanowią może alkohol propylowy, butylowy, a zwłaszcza amylowy. Szkodliwe działanie na układ nerwowy wódki z nieznaczną domieszką alkoholu amylowego — olejku fuzowego — występuje bardzo wyraźnie.

Zmiany w układzie nerwowym pod wpływem wyskoku mogą występować albo szybko, albo powolnie, innemi słowy, należy odróżniać zatrucie wyskokiem ostre i przewlekłe. Chociaż u pijaków nałogowych nie można jeszcze skonstatować wyraźnego cierpienia umysłowego, spostrzegać się jednak daje pewne osłabienie umysłu, niezwracanie uwagi na to, co jest moralne i przyzwoite.

W ustroju takich osobników jednocześnie z zaburzeniami fizycznymi zaczynają występować objawy osłabienia psychicznego: rozdrażnienie, zły humor i brak zaufania do otaczających; daje się zauważyć osłabienie pamięci i zdolności kombinowania. Zmiany w układzie nerwowym narządów zmysłów dają się spostrzegać zarówno w ostrem, jak w przewlekłym zatruciu ustroju wyskokiem; tu należą: różnorodne zaburzenia [halucynacje] wzroku i słuchu, utrata uczucia bólu i uczucia mięśniowego. Zaburzenia wzrokowe mogą zale-

żeć od nieprawidłowej czynności ośrodków—mózgu, lub też od zajęcia układu nerwowego samego narządu wzrokowego, pierwiastków nerwowych siatkówki oka, które może doprowadzić do zupełnej utraty wzroku. O działaniu napojów wysokowych na układ nerwowy prof. MIERZEJEWSKI odzywa się w ten sposób ¹⁾: „Nadużycie napojów wysokowych odgrywa ważną rolę w rozwoju szczególnie chorób umysłowych i niektórych nerwowych [jako to: zapalenia nerwów, wylewy krwi do mózgu i t. p.]. Liczba chorych umysłowych wskutek pijaństwa wynosi w naszych szpitalach 7—42%: alkoholizm przewlekły stanowi następstwo nadużycia napojów wysokowych. Stan chorobowy, znany pod nazwą alkoholizmu przewlekłego, stanowi grunt, na którym swobodnie rozwijają się smutne objawy społeczne, ściśle ze sobą związane, mianowicie: z jednej strony nędra i występki, z drugiej — pomieszanie zmysłów“.

Zasadniczej różnicy pod względem oddziaływania na układ nerwowy pomiędzy tak zwanem umiarkowanym używaniem napojów wysokowych i nalogowym pijaństwem niema; polega ona jedynie na stopniu działania. Wyskok działa nie tylko na ludzi, lecz i na zwierzęta. Zachodzi pytanie: na czym polega główna przyczyna zaburzeń w czynnościach układu nerwowego pod wpływem wyskoku, albo napojów wysokowych? Mojem zdaniem, zaburzenia te zależą od przyczyn różnorodnych: od zmienionego składu krwi, krążenia jej, czynności serca i naczyń, jak również od bezpośredniego działania wyskoku, jako takiego, na pierwiastki nerwowe mózgu i rdzenia, oraz na zakończenia nerwów w różnych narządach i tkankach. Zaburzeń tych nie można tłómaczyć zmianą, jakiej pod wpływem wyskoku podlegają czerwone krążki krwi z powodu braku lub upośledzonej wymiany tlenu, gdyż wyskok działa i na pozbawioną krwi żabę, a więc działa bezpośrednio na jej układ nerwowy. Jeżeli nerw, rozgałęziający się w mięśniach, np. kończyny dolnej, drażnić prądem stałym przed działaniem, podczas działania i w pewien czas po działaniu wyskoku, gdy wpływ jego na nerw już ustanie, to można się z łatwością przekonać, że na początku działania wyskoku drażnienie nerwu kończyny dolnej nawet słabym prądem stałym wywołuje skurcz odpowiednich mięśni; po pewnym czasie jednak w celu otrzymania tego samego wyniku potrzeba użyć prądu silniejszego, lub też nawet drażnienie tego samego nerwu prądem najsilniejszym żadnego wpływu nie wywiera; gdy działanie wyskoku przeminie, powraca zwykła lub nawet wzmoczona wrażliwość nerwu. Tego rodzaju badania wskazują, że wyskok może działać bezpośrednio na nerw, z początku pobudzając go, potem zaś osłabiając lub zupełnie znosząc jego pobudliwość. Zaburzenia pod wpływem wyskoku w czynnościach i budowie układu nerwowego narządu wzroku można uważać za zupełnie dowiedzione.

Oslabienie wzroku pochodzenia wyskokowego występuje jednocześnie i w równym stopniu w obydwóch oczach. Daje się przytem zauważyć typowe zaburzenie w odróżnianiu barwy czerwonej i zielonej: z początku przedmioty czerwone i zielone wydają się ciemniejsze, potem ginie w zupełności możność odróżniania tych barw; wszystkie przedmioty, zabarwione na te kolory, wyglądają mniej lub więcej szaro. Niemożność odróżniania barw należy do najwcześniejszych objawów zatrucia wyskokiem. Później występują objawy osłabienia akkomodacyi. Tak wyraźne zaburzenia czynności narządu wzrokowego odpowiadają zmianom w budowie siatkówki oka w alkoholizmie przewlekłym u człowieka ¹⁾ i u zwierząt ²⁾. Sumienne badania F. RYMOVICZA wskazują, że zmiany w siatkówce oka, powodujące osłabienie wzroku oraz inne

¹⁾ Trudy pierwawo sjezda otieczestwiennych psichiatrow, proischodiwszawo w Moskwie d. 5 po 11 Janwaria 1897 g.

¹⁾ ERISMANN. Ueber Intoxications amblyopien. Zurich. 1867.

¹⁾ P. RYMOVICZ. K patologii alkoholnoj ambliopii. Petersburg. 1896.

objawy niedoślepu (*amblyopia*) alkoholowego, polegają na zwyrodnieniu włókien nerwowych siatkówki. Zwierzętom, służącym za przedmiot tego rodzaju doświadczeń, wprowadzono do żołądka za pomocą zgłębnika przetykowego roztwór alkoholu etylowego, albo olejków fuźlowych, albo ich mieszaninę.

Widzimy przeto, że wyskok *resp.* wódka, zmieniając w rozmaity sposób skład najmniejszych cząsteczek, z jakich utworzone są komórki nerwowe i nerwy, wywołuje zaburzenia w ich czynnościach. Zaburzenia czynności i zmiana budowy mózgu i rdzenia mogą zwiększać się pod wpływem wyskoku wskutek jednoczesnych zmian w składzie krwi, w rozmieszczeniu jej i w szybkości krążenia.

Co się dotyczy działania alkoholu etylowego albo napojów wysokokowych na tkankę mięśniową, to wśród ludzi, używających tych napojów, ustaliło się przeważnie takie przekonanie, że kurczenie się mięśni i ilość pracy mięśniowej zwiększa się pod wpływem wyskoku. Wiadomo, że podczas skurczu mięśni wytwarza się pewien stopień energii, niezbędny do wykonania danej pracy. Materiału po temu dostarcza krew tętnicza i limfa. Materiał bardziej stały stanowi, oprócz tlenu krwi, glikogen mięśni i cukier krwi. Mięśnie, posiadające większą lub mniejszą energię, z jaką się kurczą, zawierają różne ilości glikogenu, który ze swej strony pozostaje w ścisłym związku z ilością i rodzajem pokarmu, ze zdolnością przyswajania go przez ustrój, z pewną czynnością wątroby i z krwiobiegiem. Znakomity fizjolog francuski Cl. BERNARD, który wykrył glikogen, dowiódł również, że zapas glikogenu zużywa się podczas pracy mięśniowej, zwiększa się natomiast podczas spokoju mięśni. Prócz tego, podczas skurczu zużywa się tlen, wydziela się kwas węglany i inne produkty. Tak zwane wodany węgla: glikogen i cukier krwi stanowią źródło energii mięśniowej, co prawda, nie jedyne, albowiem z białka może również powstawać glikogen; należą tu jeszcze i tłuszcze, tworzące się z ciał białkowych. A więc, w rozwoju energii mięśniowej przyjmuje udział materiał, jakiego dostarcza krew tętnicza i limfa, a obok tego pewien udział przyjmuje w tem i układ nerwowy. Mając na względzie, że wyskok wywołuje warunki, nie sprzyjające przyswajaniu pokarmów, że wywołuje zmiany w budowie i czynnościach wątroby, w krwiobiegu i czynnościach układu nerwowego, należy przypuszczać, że praca mięśniowa nie zwiększa się pod wpływem wyskoku, lecz zmniejsza. Jeżeli zaś siłę skurczu mięśnia oceniać podług tej wysokości, do jakiej mięsień podnosi pewien ciężar, to w samej rzeczy przekonamy się, że w początkowym okresie działania wyskoku ilość dokonanej pracy będzie większa od normalnej. Przemawia to jakby na korzyść przypuszczenia, że wyskok w ilości umarkowanej zwiększa energię mięśniową i pracę; w rzeczywistości jednak wyskok ma w tym razie tę samą wartość, co bat, poganiający konia zmęczonego i wyczerpanego, który wskutek bólu stara się zużyć ostateczny zasób energii.

Dlatego też używanie wyskoku podczas zmęczenia mięśnia w tym celu, aby mógł dalej pracować, nie może być pożyteczne; należy je raczej uważać za szkodliwe dla mięśnia. Pobudzenie mięśni za pomocą wyskoku powoduje nie wzmoczenie energii, lecz zmęczenie mięśni. W stanie silnego odurzenia wysokiem zwierzęcia lub człowieka następuje osłabienie, albo zupełne zwiótczenie mięśni.

Jako następstwo wpływu wyskoku na ustrój zwierzęcy, występują zmiany w odżywianiu oraz budowie nie tylko mięśni szkieletu i serca, lecz również mięśni przewodu żołądko-kiszeczkowego i naczyń krwionośnych. Czyż to wszystko może nie wywierać wpływu na wahanie ciepłoty ciała?

Po wprowadzeniu wyskoku do żołądka człowiek doznaje uczucia ciepła. Na tej zasadzie wielu używających napojów wysokokowych mniema, że wyskok posiada własność podwyższania ciepłoty ciała, że zatem ogrzewa człowieka podczas chłodnej pory roku.

Pogląd taki potwierdza na pozór przypuszczenia niektórych badaczy, że wyskok, przeszedłszy do krwiobiegu, spala się, jeżeli nie wszystek, to w przeważnej części i zamienia się na kwas węglany i wodę. Takie jednak spalanie się wyskoku w ustroju nie jest dotychczas dowiedzione, ponieważ nie wykryto przytem wytworów spalania; pod wpływem wyskoku wydziela się z płuc kwasu węglanego mniej, niż należałoby się spodziewać. Tego rodzaju wahanie w ilości wydechanego kwasu węglanego występuje szczególnie wyraźnie po wprowadzeniu do żołądka wyskoku przed przyjęciem pokarmu. Podczas zupełnego upojenia mięśnie znajdują się w stanie mniejszego lub większego zwiotczenia wskutek zmian w nich samych, w wątrobie, przewodzie żołądko-kiszkowym, płucach i t. p.. Wszystko to wpływa na powstawanie ciepła w ustroju. Zdawałoby się, że wprowadzanie tlenu i wydalanie kwasu węglanego przez płuca powinno pod wpływem wyskoku, jeżeli nie zwiększać się, to przynajmniej nie ulegać zmianie — nie wahać się, ponieważ z powodu częstszego w tym razie oddechu, chociaż za każdym razem kwasu węglanego wydziela się mniej, lecz wydzielanie to powtarza się częściej. W rzeczywistości jednak przypuszczenie takie nie sprawdza się, prawdopodobnie dla tego, że pijany oddecha nie tylko częściej, ale i powierzchowniej, a nawet wolniej. Wyskok przeto nie ogrzewa, lecz oziębia ciało, obniża ciepłotę. Fakt ten stanowi dowód, dlaczego zimą, podczas silnego mrozu, człowiek pijany łatwiej podlega zmarznięciu, niż trzeźwy.

Prawidłowa przemiana powietrza w płucach pozostaje w ścisłym związku z prawidłową przemianą tlenu i kwasu węglanego, która to przemiana stanowi niezbędny warunek normalnego biegu życia ludzkiego. Ale prawidłowa przemiana powietrza w płucach może mieć miejsce tylko w razie prawidłowego działania narządu oddechowego. Zaburzenia zaś, wywołane działaniem wyskoku w czynnościach układu nerwowego, mięśniach i krwiobiegu wogóle, a w szczególności w płucach, nie mogą pozostać bez wpływu na przemianę gazów we krwi oraz w innych tkankach i narządach.

Wyskok, po przejściu do krwi, zostaje wydalony z ustroju przez płuca, nerki i skórę. Wychodząc wraz z powietrzem wydechanem, oddziałują na nerwy czuciowe i ruchowe, na mięśnie, na nabłonaek migawkowy tchawicy, na naczynia krwionośne i chłonne i na gruczoły dróg oddechowych. Wskutek tego u ludzi, używających napojów wysokokowych, spostrzegać można często stan kataralny tchawicy i oskrzeli; mają oni w mniejszym lub większym stopniu chrypkę. Potem, jako następstwo przewlekłego zatrucia ustroju wyskokiem, rozwija się odrębna forma cierpienia płuc — *rozedma*, którą cechuje wielce utrudniony oddech—*duszność*.

Drugą drogę do wydalania wyskoku z ustroju stanowią nerki. Wyskok, działając na nie, wywołuje zmiany w ilości i w składzie chemicznym moczu, oraz w budowie samych nerek. Wskutek przewlekłego zatrucia wyskokiem występuje częstokroć cierpienie tych gruczołów: choroba *BRIGHT'a*, zwyrodnienie tłuszczowe lub inne zmiany patologiczne.

Podlega wreszcie cierpieniu i skóra, stanowiąca trzecią drogę, którą wyskok opuszcza organizm. Pijący mają skórę suchą i szorstką; krew w naczyniach skórnych krąży wolniej, zwłaszcza w niektórych okolicach, np. w skórze nosa.

Zestawiając wszystko, cośmy wyżej powiedzieli o działaniu na człowieka wyskoku albo napojów wysokokowych, przekonywamy się, że wyskok nie działa dodatnio, lecz ujemnie na trawienie i przyswajanie pokarmów; energia mięśniowa nie wzrasta, lecz słabnie pod wpływem wyskoku; wyskok nie ogrzewa, lecz oziębia ciało; budowa oraz czynność serca i naczyń krwionośnych bardzo szwankuje pod wpływem wyskoku; budowa oraz czyność mi-

zgu i rdzenia, jak również zakończenia nerwów, podlegają wyraźnym i różnorodnym zmianom patologicznym. Wyskok powoduje różne cierpienia płuc, wątroby, nerek i skóry.

Oddawna już zwracano i zwracają ciągle uwagę na napoje wysokokowe, jako na przyczynę powstawania wielu chorób, jako na czynnik bardzo szkodliwy pod względem moralnym i ekonomicznym zarówno dla jednostki, jak i dla całego państwa, od czasu do czasu przedsiębrane bywają z nową energią środki, zapobiegające używaniu napojów wysokokowych. Szkodę, jaką one przynoszą, uznają wszystkie ludy cywilizowane. Pomimo to, żadne z państw cywilizowanych nie osiągnęło zupełnego ukrócenia pijaństwa.

Istnieją, co prawda, różne środki przeciwko nadużywaniu napojów wysokokowych: w wielu krajach powstały i powstają towarzystwa wstrzemięźliwości; proponowano w tymże celu różnorodne sposoby sprzedaży napojów wysokokowych; istnieją przepisy prawne o karach za fałszowanie wódki i innych napojów wysokokowych i powstają wreszcie szpitale dla nałogowych pijaków. Wszystkie jednak te środki są niedostateczne do ukrócenia pijaństwa. Wskutek tak trudnej walki z tym nałogiem powstaje pytanie, czy można będzie kiedykolwiek osiągnąć rezultat pożądaný, czy można będzie raz na zawsze skończyć z pijaństwem.

Niektórzy ludzie, przeważnie zajmujący się tą kwestyą, gotowi są przypuścić, że zupełne zaprzestanie używania napojów wysokokowych należy do życzeń, które nie mogą się ziszczyć; życzenie takie należy, ich zdaniem, uważać za fantazyę, za utopię. Z tego powodu ci, co tak sądzą, mówią: wszystko, co państwo może obecnie uczynić w celu ograniczenia pijaństwa, daje się doprowadzić do tego jedynie, ażeby wysokoku nie używano często, aby używano nie bardzo mocnego i bez domieszki olejków fuzlowych; należy się starać o wynalezienie napoju, zastępującego wyskok, choćby nawet także wysokokowego, lecz mniej szkodliwego; należy zapobiegać używaniu napojów wysokokowych w wieku dzieciennym i młodzieńczym; wogóle wreszcie używać tych napojów w ilości umiarkowanej.

Gdyby dowiedziano jakiegokolwiek korzyści lub też zupełnego niepodobieństwa powstrzymania się od napojów wysokokowych, lub gdyby można było dokładnie określić, jaka ilość wysokoku, jako napoju, pozostaje bez wpływu szkodliwego na organizm ludzki, to projekt umiarkowanego używania napojów wysokokowych godzien byłby zastanowienia. Czyż w rzeczywistości istnieje, lub czy może być wynaleziona taka miara? Musimy odpowiedzieć stanowczo i kategorycznie, że miary takiej niema i określić jej niepodobna.

Przecież na pijaństwo należy w każdym razie zapatrywać się, jak na chorobę, którą człowiek sam wywołuje. Nie chcąc podlegać chorobie, należy zniweczyć, a nie osłabić przyczynę, warunkującą jej powstawanie.

Jeżeli na nawyknienie do napojów wysokokowych zapatrywać się jako na chorobę, to możemy zapytać, dlaczego człowiek tak świadomie i tak usilnie stara się być chorym; dlaczego pije robotnik i dlaczego uczują ludzie rozwinięci, wykształceni, co zniewala do picia ludzi biednych, pracujących i ludzi zamożnych?

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 — 3 —

43. A. Barth. Wyrośle adenooidalne i stosunek ich do chorób ucha.

Ze wszystkich metod, używanych w celu rozpoznawania wyrosli adenooidalnych, stawia autor w pierwszym miejscu badanie za pomocą rynoskopii przedniej; gdyż nie tylko że jest najmniej nieprzyjemną dla chorego, lecz, co ważniejsza, daje najpewniejsze wyniki. Jakkolwiek przy pomocy rynoskopii tylnej można zawsze rozpoznać obecność wyrosli, ich kształt, charakter powierzchni, oraz zrosty z sąsiednimi częściami, nie można jednak dokładnie określić ani ich wysokości od podstawy do wierzchołka, ani stosunku do części sąsiednich. Dzieje się to dla tego, że wyrosłe, odbijając się w lusterku od dołu ku górze, przedstawiają się w perspektywie skrócone, a okoliczność, że wyrosłe te zwykle szerokie u podstawy, zwężają się ku wierzchołkowi, powoduje, że widzimy w lusterku tylne otwory nosa i trąbki Eustachiusza swobodnie, gdy w rzeczywistości rzecz się ma przeciwnie.

Badając przy pomocy rynoskopii przedniej, unikamy wszelkich w rozpoznawaniu niedokładności. Obraz, jaki się nam przedstawia w głębi jamy nosowej przy dokładnym teście oświetleniu, bywa różny: gdy niema wyrosli, zobaczymy w głębi płaską, dość ciemną powierzchnię, na której ukazują się nieliczne punkty świetlne. Obraz ten, nawet przy znacznej wprawie w badaniu, nie pozwala od razu na pewno powiedzieć, czy jest to tylna ściana jamy nosogardzielowej, czy co innego.

Aby rozstrzygnąć wątpliwość, trzeba, aby badany wymówił literę K, lub wykonał ruch połykania, gdyż wtedy podniebienie miękkie, unosząc się ku górze, staje się widzialnym po nad dnem nosa, zakrywając jednocześnie tylną ścianę jamy nosogardzielowej. Jeżeli przy tej próbie podniebienie nie podniesie się, przeszkodą mogą być tylko wyrosłe; bezwład bowiem podniebienia, lub zrosty tegoż ze ścianami gardzieli łatwo na innej drodze rozpoznać. Obraz, jaki wtedy przedstawia się nam w głębi nosa, podobnym jest do poprzednio opisanego. Przy pewnej jednak wprawie w badaniu dostrzeżemy, że ściana, zamykająca tylne otwory nosa, znajduje się znacznie bliżej, jest silniej oświetlona, przyczem na jej powierzchni spostrzeżemy znaczną ilość świetlnych punktów.

Gdy badany wymówi literę K, lub wykona ruch połykania, cała ściana porusza się w różnych kierunkach, a punkty świetlne zmieniają nieustannie położenie. Wreszcie gdybyśmy mieli jeszcze jakkolwiek wątpliwość, badając z głębnikiem, łatwo odróżnimy względnie twardą i gładką, tylną ścianę jamy nosogardzielowej od mniej lub więcej miękkich wyrosli.

W przypadku, w którym wyrosłe nie zastaniają całkowicie tylnych otworów nosa, rozpoznanie jest jeszcze łatwiejsze. Dolna granica wyrosli, przedstawia się jako wyraźna linia, rozgraniczająca górną, jasno-czerwoną i bliżej naszego oka położoną część, od dolnej, ciemnej i głębiej leżącej. Górna część, to wyrosłe, dolna — tylna ściana jamy nosogardzielowej.

Gdy badany wymówi literę K, lub wykona ruch połykania, zobaczymy nad dnem nosa unoszące się podniebienie, aż do zetknięcia się z dolną granicą wyrosli. Jednym słowem, za pomocą rynoskopii przedniej nie tylko rozpoznajemy z łatwością, podług autora, obecność wyrosli adenooidalnych, lecz jesteśmy w stanie określić ich wielkość, kształt i stosunek do części sąsiednich.

Badanie palcem, najbardziej dotąd rozpowszechnione, uważa autor za zupełnie zbyteczne, oprócz naturalnie przypadków wyjątkowych gdy nieprzy-

chylne stosunki anatomiczne nie pozwalają zastosowania rynoskopii przedniej. Badanie palcem w zwykłych warunkach nie tylko, że jest bardzo dla chorego nieprzyjemne, ale nie pozwala określić ani kształtu, ani wielkości wyrosła; te bowiem są zwykle miękkie i łatwo ustępują przy ucisku.

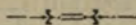
Co do wpływu, jaki mają wyrosłe na sprawy chorobowe ucha środkowego, powiada autor, że ogólnie dotąd przyjęte mniemanie, iż tak zwany suchy katar ucha środkowego zależnym jest od zatkania trąbek EUSTACHIUSZA, co wstrzymuje dopływ powietrza do jamy bębnekowej, nie zupełnie jest słuszne. Działanie ssące na trąbki, spowodowane obecnością wyrosła, zdaniem autora, jest okolicznością daleko ważniejszą.

Przy polykaniu podniebienie miękkie nie tylko przylega wolnym swym brzegiem do tylnej ściany gardzieli, lecz unosi się łukowato do jamy nosogardzielowej, nieraz do wysokości połowy tylnych otworów nosa. Jeżeli więc w jamie nosogardzielowej znajdują się wyrosłe, podniebienie, unosząc się, uciska je i powoduje szczelne zamknięcie tylnych otworów nosa i otworów trąbek EUSTACHIUSZA. Po ukończonym akcie polykania, część łukowato wzniesionego podniebienia opada pierw, niż wolny brzeg tegoż oddala się od ściany gardzieli, co powoduje działanie ssące na wyrosłe, *resp.* trąbki EUSTACHIUSZA. Temu działaniu, powtarzającemu się naturalnie bardzo często, przypisuje autor nierównie większe znaczenie, niż zamknięciu światła trąbek EUSTACHIUSZA spowodowanego innemi sprawami chorobowemi.

Fakt, że po wdmuchnięciu powietrza do jamy bębnekowej, uzyskana znaczna poprawa słuchu, znika bardzo prędko, daje się tem działaniem łatwo wytłómaczyć.

(*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde sowie f. Kehlkopf-Nasen-Rachen-Krankheiten* 1897. Nr. 11).
Wł. Mączewski.

Towarzystwa lekarzy prowincjonalnych.



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

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 12].

KOLIŃSKI demonstrował preparaty 4 nowotworów oka; z nich 2 pozagałkowe, usunięte z oczodołu i 2 guzy gałki ocznej, a mianowicie:

1) Guz w formie oddzielnych gron i zrazików, szarawo-biały, miękki, wydobyty z oczodołu 23-letniej, dość słabo odżywionej, niedokrwistej kobiety, przez otwór, zrobiony w powiece górnej z zachowaniem gałki ocznej. Gałka oczna była wysadzona naprzód i zepchnięta ku dołowi tak, iż przednia jej połowa znajdowała się na zewnątrz, a przez to zamykanie powiek było już utrudnione. Na środkowej części rogówki, wskutek niedomykania powiek, utworzyło się powierzchowne owrzodzenie. Na dnie oka, oprócz zastoiny żylniej, innych zmian nie było. Siła wzroku cokolwiek osłabiona. Poruszanie gałki ku górze i na zewnątrz ograniczone. Oprócz wyniosłości, wyczuwalnej przez powiekę górną, innych zmian na powiekach nie było, jeśli nie liczyć jaglicy dawnego pochodzenia na spojówce obu oczów.

Guz wyrastał z okostnej wewnętrznej i górnej ściany oczodołu przeważnie w tylnej części, w bliskości *foramen opticum*. Nowotwór, składający się z oddzielnych zrazików, łączył się z tkanką tłuszczową oczodołu i wypełniał całą wewnętrzną, górną jego część, pomiędzy ścianą oczodołu i lejkiem mię-

śni gałkowych. Po usunięciu nowotworu gałka zajęła prawidłowe położenie.

Gojenie trwało około 6 tygodni. Po zagojeniu pozostał niedowład powieki górnej z częściowemi jej opuszczeniami; na powiece górnej pozostała wciągnięta blizna długości około 2 centymetrów pod wewnętrznym końcem górnego brzegu oczodołu. Ruchomość gałki na zewnątrz i ku górze pozostała cołwiek osłabioną.

Nowotwór ze względu na formę zrazikową jest prawdopodobnie „tłuszczakiem“ (*lipoma*). Badanie drobnowidzowe dotąd nie było dokonane.

Zauważony początek choroby datował od roku.

2) Drugi preparat stanowiły błony „bąblowca“ (*ecchinococcus*), wydobytego także z oczodołu po usunięciu gałki ocznej u dwuletniej dziewczynki. Tu *exophthalmus* był jeszcze większy; gałka oczna wypchnięta była wprost naprzód, mało ruchoma, przy znacznym obrzęku powiek i zaczerwienieniu skóry.

Wskutek oporu rodziców do operacji przystąpiono dopiero wtedy, kiedy nastąpiło przedziurawienie owrzodzonej rogówki i wypadnięcie części ciała szklстого. Po enukleacji gałki torbiel bąblowca okazała się blisko wierzchołka piramidy mięśni prostych oka, to jest wewnątrz tak zwanego „lejka“ mięśniowego. Choroba rozwijała się tak szybko, iż rodzice dziecka zaledwo przed 2 miesiącami zauważyli wysadzenie gałki ocznej.

Pasożyt ten w oczodole wogóle jest dość rzadkim i według statystyki EWALD'a zaledwo 2% wszystkich przypadków bąblowca odnosi się do okolicy oka.

3) Trzeci nowotwór był to skórniak (*dermoid*) białkówki. Guz ten niezwykłej, jak na dane miejsce, wielkości znajdował się u wewnętrznego brzegu rogówki, przechodził przez *limbus* i pokrywał brzeg tej błony. Pacjentką była 3-letnia dziewczynka.

4) Nareszcie czwarty guz to „tłuszczak“ (*lipoma*). Znajdował się pod spojówką u zewnętrznego kąta oka, tak, iż górna część jego zachodziła pod powiekę górną. Nowotwór miał formę więcej rozlaną, konsystencję miękką jak wszystkie nowotwory tego rodzaju.

STERLING czytał rzecz p. t.: „Samozatrucie (*autoinfectio*)“. [Odczyty kliniczne. 101].

W dyskusji nad tym odczytem przyjmowali udział: PINKUS, KAUFMAN, SAKS, GUTENTAG i PRZEDBORSKI.

PINKUS zaznacza, że termin „*autointoxicatio*“, pod którym rozumie się zatrucie ustroju, spowodowane własnymi jego wytworami, ściśle odpowiada pojęciu, które oznacza, i ma przeto rację bytu. Że zaś zarażenie ustroju chorego wywołuje obcy dla niego drobnoustrój, a zakażenie powstaje dzięki substancjom, w wytwarzaniu których przyjmują udział drobnoustrój i ustrój chorego, to wyraz „*autointoxicatio*“ nie odpowiada pojęciu, jakie mamy o przejściu zarazka w ustroju ze stanu biernego w stan czynny, i jako taki jest niewłaściwy.

KAUFMAN zaznacza, że słowo autoinfekcja pod względem logicznym i etymologicznym jest niewłaściwe. Jeśli się nie przyjmuje *generatio spontanea*, to wszelkie drobnoustroje pochodzą z zewnątrz. Jeżeli zaś samozakażenie ma być prosto zakażeniem, które się późno ujawniło, to zachodzi jednak pytanie, czy drobnoustroje, które przebywają już dłuższy czas w ustroju, mogą jeszcze spowodować chorobę. Na zasadzie teorii „samoobrony“ trzeba odpowiedzieć, że nie. W zakresie ogólnej patologii chorób zakaźnych trudno o dowody w tej sprawie, a materiały naukowy redukuje się do badań bakteriologiczno-ginekologicznych. Te właśnie przemawiają przeciwko samozakażeniu. Po pracach DOEDERLEIN'a, który twierdził, że w normalnych warunkach w narządach płciowych kobiet ciężarnych nie istnieją drobnoustroje septyczne,

a nawet *experimenti causa* wprowadzone giną; po badaniach KROENIG'a i MENGE'go, którzy doszli do wniosku, że zarówno u ciężarnych, jak i u nieciężarnych, drobnoustrojów takich niema, pojawiły się prace, które poprzednim częściowo przeczą [WALDHART'a i VANLE'go]; jednak i ci autorowie przyznają, że znalezione przez nich streptokoki utraciły jadowitość i odzyskały ją dopiero w warunkach zupełnie niezwykłych [szczepienie na uchu królika podwiązaniem na czas dłuższy u podstawy], a nie mających analogii w sprawach organizmu. Teoria samozakażenia jest więc nieudowodnioną, a w praktyce byłaby szkodliwą. Byłaby to obrona dla niechlujnych akuszerok, pretekst do nieoddzielenia chorych zakaźnych od innych i t. d. Oprócz tego nie odpowiada ona duchowi nauki współczesnej, która zwłaszcza w dziedzinie nauk przyrodniczych dąży do sprowadzenia do *minimum* aksjomatów i pojęć zasadniczych, a tymczasem z teorią samozakażenia przybywa tylko nic nieznaczący frazes.

GÜTENTAG czytał rzecz pod tytułem: „Cztery niezwykle przypadki strachu nocnego u dzieci“. Napady strachu nocnego zdarzają się zwykle raz w ciągu jednej nocy, przypadki z dwoma napadami zaliczają się już do rzadkich; napady strachu we dnie przytrafiają się bardzo rzadko. Hesse opisał jeden, HENOCHE—dwa takie przypadki; treść tych snów jest zwykle straszną. Przypadki, poniżej podane, zasługują na uwagę: 1) dla tego, że napady strachu nocnego w ciągu jednej nocy powtarzały się do pięciu razy, 2) powtóre, że w trzech przypadkach miały one miejsce we dnie i 3) po trzeciej, że w dwóch przypadkach dzieci zrywały się nie z krzykiem, lecz ze śmiechem, nie w stanie przestraszonym, lecz wesołym.

Przypadek I. Dziewczynka 2-letnia, pierwsze dziecko rodziców młodych, nerwo wo nie obarczonych, fizycznie niezłe rozwinięta, dnia 11 lutego r. b. trochę gorączkowała, przewód pokarmowy w porządku. O godz. 3-iej po obiedzie zerwała się z krzykiem, wymachiwała rączkami, matki nie poznawała; w nocy zaś z 11 na 12 napady strachu powtórzyły się pięć razy: o 12-iej, o 3-iej, 4-iej, 4½ i o 6-iej; za każdym razem budziła się z przeraźliwym krzykiem, oczy miała wystraszone, nikogo nie poznawała; stan taki trwał 5—10 minut, dopiero wtedy mówiła coś o koniku, psie. Prócz nieżytego zajęcia gardła nic nie znalazłem.

Przypadek II. Chłopczyk 9½-letni, fizycznie i umysłowo prawidłowo rozwinięty, ojciec dziecka sam cierpiał na napady strachu nocnego, w rodzinie matki są cierpienia umysłowe; począwszy od trzeciego roku życia za każdym razem, gdy tylko zaniemógł, zrywał się ze snu z krzykiem. Chorował przed 7-miu laty na zapalenie płuc, przed 5½ na wrzód w uchu, przed 5 na malaryę, przed 4 na zapalenie ucha środkowego, przed 3 znów na malaryę, przed 2-ma na błonicę, przed niedawnym czasem na odrę. Zwykle napady powtarzają się dwa razy w ciągu jednej nocy: w pół godziny, godzinę po zaśnięciu i w kilka godzin później; powtarza się to kilka nocy, a nieraz siedm i ośm nocy z rzędu. Przedmiot snu jest strasznym. Prócz tego w początkach choroby sceny takie przytrafiają się i we dnie; tak naprzykład przed dwoma laty podczas błonicy zerwał się raz we dnie z krzykiem, że widzi jakiegoś strasznego człowieka z ogromnymi plecami; dnia tego czytał on Robinsona Krusoe. Podczas ostatniego cierpienia, t. j. odry, gdy chłopczyk miał już przeszło 9 lat, napady powtarzały się co noc, raz lub dwa razy, oraz we dnie, szczególnie wtedy, gdy wystąpiły lekkie zaburzenia przewodnictwa pokarmowego.

W rzadkich przypadkach znajdował się on pod wpływem snów przyjemnych, zrywał się wtedy ze śmiechem.

Przypadek III. Dziewczynka 8-letnia, siostra poprzedniego, dobrze rozwinięta, przechodziła z chorób zakaźnych te same, co i brat, prócz tego w 5-tym roku życia błonicę, u niej jednak napad strachu nocnego zdarzył się raz jeden tylko przed 5 laty: zerwała się około godziny 10-tej w nocy ze

śmiechem przerażliwym, długotrwałym; była przytem bardzo wesołą, nieprzytomną.

Przypadek IV. Chłopczyk 3½-letni, rozwinięty prawidłowo, przed trzema mniej więcej laty przechodził dysenterję, po za tem—zdrow i wesół. Od dwóch tygodni budzi się po nocach z krzykiem, zawsze ze strachem, raz lub dwa razy, nieraz wkrótce po zaśnięciu; w początkach szukał w łóżku zajęcia. W nocy z 17-go na 18-ty oraz z 21-go na 22-gi lutego r. b. budził się po trzy razy: o godz. 10-ej, o 2-ej i o 5-ej.

Dnia 19-go napad taki miał miejsce we dnie koło 2-ej godziny. Zmian żadnych nie znalazłem, przewód pokarmowy w porządku.

Prócz tego przeczytał autor referat z pracy BRAUN'a „*Ueber das nächtliche Aufschrecken der Kinder. Jahrb. für Kinderheilkunde. Bd. XLIII. H 4. 1897*“.

PAŃSKI czytał: „Przypadek klonicznych, włókienkowych skurczów mięśni prawego uda, występujących po raz trzeci w okresie popołożowym“. Mężatka, l. 30, po ojcu dziedzicznie obciążona. Po wydaniu na świat 1-go dziecka drżenie prawej kończyny dolnej, pojawiające się, gdy chora chodziła, lub stała. Objawy te trwały kilka tygodni. Po 2-iem dziecku także objawy trwały nieco dłużej. Po 3-m skurcze już trwają rok i są tak silne, iż chodzenie lub stanie jest prawie niemożliwe. Gdy chora leży lub siedzi, skurczów niema. Uskarża się jeszcze na uczucie dławienia w gardle, osłabienie i bezsenność.

Gdy chora stoi, powtarzają się bezustannie kloniczne, włókienkowe drgawki, powodujące ciągle poruszanie się mięśni wyprostnych prawego uda [mięśnia czworobocznego]. Gdy chora stoi lub chodzi czas dłuższy, drgawki udzielają się również mięśniowi pośladkowemu wielkiemu. Uczucie bólu i zimna na prawem udzie nieco zmniejszone, jak również i uczucie pędzelka maszyny indukcyjnej. Pobudliwość na prąd stały i przerywany jest taką, jak po stronie zdrowej. Odruchy kolanowe bardzo żywe. Łącznica gałki ocznej do pewnego stopnia niewrażliwa na dotyk. Zwężenia pola widzenia niema. Bolesność okolicy lewego jajnika przy ucisku. Ponieważ chora jest dziedzicznie obciążona, ma inne choć nieliczne objawy histeryi, istnieje więc prawdopodobieństwo, że i kloniczne skurcze, które nawet bez współlistnienia innych objawów histeryi za takowe uważane być by mogły, zwłaszcza, iż wyłaczyć możemy inne cierpienia, których jednym z objawów są także skurcze. W cierpieniu *myoclonus fibrillaris multiplex* [KNY] i w *myokymia* [SCHULZE] wykazać możemy zwiększoną pobudliwość elektryczną i wystąpienie tężca. W *chorée fibrillaire* [MORVAN] skurcze trwają podczas spokoju, przestają zaś podczas ruchu. W cierpieniu THOMSEN'a skurcze są przeważnie toniczne, powodują przerost mięśni; pobudliwość elektryczna jest zwiększona. W *paramyoclonus* [FRIEDREICH] drżenie jest rzadko włókienkowe, lecz obejmuje cały mięsień.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na to, iż skurcze kloniczne dotyczą tylko niektórych mięśni jednej kończyny i że poród prawdopodobnie odgrywa także rolę wywołującą cierpienie.

STERLING demonstruje otrzymaną metodą WIDAL'a reakcyę GRUBER'a [w bulionie i na utrwalonych preparatach].

SŁUŻEWSKI. „O postępkach rentgenografii w zestawieniu do prześwietlania ciała ludzkiego“.

PERLIS. „Przypadek przepukliny kulszowej (*hernia ischiadica*)“. 22-letnia kobieta, od roku zamężna, przed 3-ma miesiącami odbyła poród prawidłowy. Po porodzie: dreszcze, gorączka i bóle w dolnej części brzucha, trwające 2 tygodnie, poczem przyłączyły się bóle w prawej dolnej kończynie. W tym stanie chora przybyła do szpitala, w którym cierpienie jej określono jako nerwoból kulszowy. Leczenie odpowiednie zupełnie zawiodło. Chora po 3 tygodniach przybyła poraz drugi do szpitala i wtedy prócz nerwobólu kulszowego skon-

statowano zanik mięśni prawego poślądka, a pod nimi guz elastyczny, zawierający płyn i gazy, łatwo wcisnąć się dający wgłąb do jamy miednicy. Była to pętlica kiszki w przepuklinie niewięźniętej. Pętlica nie pozostawała stale pod mięśniem, lecz dość często stawała się niewidoczną, co miało miejsce również, gdy chora zapadła na krwawą biegunkę, od której też zmarła. Należy przyjąć, że cierpienie to rozwinęło się wskutek zaniku mięśni poślądkowych, zależnego od nerwobólu, czy też zapalenia nerwu kulszowego pochodzenia poporodowego.

COHN M. demonstrował chorą, u której wykonał *vaginofixationem* wskutek retrofleksyi macicy.

KRUSCHE przedstawił chorą, u której 9 miesięcy temu wykonał operację raka żołądka; odżywianie i zapas sił są zadawalające.

PAŃSKI. „Przypadek cierpienia nerwu promieniowego po wstrzyknięciu eteru pod skórę przebietowej okolicy przedramienia“. [Gazeta Lek. 1897].

COHN M. przedstawia preparat ciąży zamacicznej.

PRZEDBORSKI. „O nerwowych zaburzeniach krtani przy tyfusie brzuszny wysypkowym“. [Gaz. Lek. 1897].

KRUSCHE mówił „o 4 przypadkach raka żołądka“: z których w trzech wykonał próbną laparotomię, w 4-tym zaś dokonał operacji właściwej z pomyślnym rezultatem.

GUTENTAG przedstawił roczne dziecko chore na tężyczkę.

STERLING. „O użyciu fonendoskopu“. [Przeł. Lekarski. 1897].

PRZEDBORSKI przytacza rezultaty swoich doświadczeń nad fonendoskopem: oskrzelowego oddechu nie można odróżniać za pomocą tego przyrządu; suche rżenia zmieniają też charakter, oddech amforyczny nie uwydatnia się, wreszcie określenie granic narządów za pomocą wysłuchiwania pocierania palcem daje również niepewne wyniki.

PERLIS: „Leczenie raka wyciągiem jaskółczego ziela (*Chelidonium majus*)“. W roku bieżącym stosowano w szpitalu Poznańskich metodę DENISENKI w 3 przypadkach raka: w dwóch przypadkach raka sutki [jeden rak pancerzasty, drugi—wrzodziejący] i przy raku prostonicy. Stosowano glistnik do wewnątrz, dochodząc do 200,0, bez wszelkich zaburzeń ze strony narządów wewnętrznych, w wstrzykiwaniach podskórnych i mięszkowych, co 4 dni po strzykawce 50% roztworu, i w postaci opatrunków. Wstrzykiwania, nader bolesne, wywoływały cały szereg objawów nieprzyjemnych, jako to: dreszcze, silną gorączkę, poty i t. d.. Pod wpływem wstrzykiwań następował zwykle nader silny rozpad nowotworu, niekiedy z obfitymi krwawieniami. Powierzchnia owrzodzeń zwykle już po paru wstrzykiwaniach i opatrunkach [w postaci okładów i pędzlowań] zaczynała się uwalniać od szarego, sadtowatego nalotu i pokrywać się dość wybujałą ziarniną, łatwo krwawiącą, bez tendencji jednak do zbliznowacenia. Stosowanie glistnika nie powstrzymało w żadnym przypadku wzrostu nowotworu, ani też pod jego wpływem nie ustąpiły bóle, krwawienia i t. d., w przypadku zaś raka sutki (*scirrhus*) podczas leczenia wystąpiły przerzuty pod skórą klatki piersiowej w postaci twardych, bolesnych guzków. Już po upływie 4—5 tygodni zaprzestano stosować glistnik, a chorych poddano operacji.

JASIŃSKI przeczytał pracę p. t.: „*Koeliotomia vaginalis posterior*“. [Medycyna. 1897].

KOLIŃSKI mówił „o wypalaniu galwanokauterem ziarn trachomatu“, metodzie, zalecanej przez prof. BURCHARD'a w Berlinie. [D. n.]

Przegląd bibliograficzny.

Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wydawany nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcją Dr. med. WŁADYSŁAWA JANOWSKIEGO, ordyn. szpit. Dzieciątka Jezus. Rok 1898. Zeszyt I, ogólnego zbioru Tom XCIV. Warszawa. Druk K. Kowalewskiego. 1898. 8°. Str. 260+IV.

I-szy zeszyt Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego zawiera pracę W. KAMOCKIEGO „Przypadek rozszianego mięsaka naczyńiówki“, E. RYMOWICZA „Przyczynę do patologii niedoślepu alkoholików (*amblyopia alcoholica*)“. L. OSTASZEWSKIEGO „O stosowaniu szwu kanałowego (*Canal Nath*) przy operacji przepuklin pachwinowych“ dalszy ciąg pracy W. ZAHORSKIEGO „Zarys dziejów Cesarskiego Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie [1805—1897]“, wreszcie protokoły posiedzeń Towarzystwa od 26 października 1897 r. do 15 lutego r. b.

Praca KAMOCKIEGO zawiera opis zmian histologicznych w gałce oka, wyłuszczonej przez kol. KRAMSZTYKA w przypadku mięsaka naczyńiówki. Nowotwór średnicy 15 mm., wysokości 9,5 mm., znajdujący się w górnej połowie oka, zajmował szeroką podstawą przednie $\frac{2}{3}$ naczyńiówki i szerząc się ku przodowi, wdrażał do komory przedniej. Ciało rzęskowe nie było zwyrodnione, dolny odcinek przestrzeni filtracyjnej oraz tęczęwka okazywały nacieczenie barwnikowe. Siatkówka odklejona zrosnięta była z nowotworem tylko w części rzęskowej. Ciało szkliste przedstawiało się w postaci białej, ścisłej masy, przylegającej ściśle do przedniej powierzchni siatkówki. Przy badaniu mikroskopem okazało się, że tkanka guza składała się z licznych, drobnych komórek wrzecionowatych, a punktem wyjścia nowotworu była warstwa grubych naczyń HELLER'a. Zwyrodnieniu uległa podstawa tęczęwki i wiąz grzebieniowaty, z kąd nacieczenie szerzyło się drogami filtracyjnymi na kanał SCHLEMM'a. W miejscu przebiecia się nowotworu przez tkankę tęczęwki komórki jego były drobniejsze, okrągłe i zawierały złogi barwnika oraz wyraźnie barwiące się jądra. Nacieczenie nie przechodziło poza przednią granicę ciała rzęskowego. Z tyłu nowotwór wyraźnie się odgraniczał od zdrowej naczyńiówki. Soczewka przedstawiała zmiany właściwe zaćmie.

W przypadku omawianym umiejscawiał się tedy guz w naczyńiówce, a wysiew pierwiastków nowotworowych nastąpił z chwilą, gdy nowotwór wdrażył w komorę przednią i zetknął się z cieczą wodnistą. Według zdania autora, nowotwory naczyńiówki w przeciwieństwie do nowotworów tęczęwki mało bywają skłonne do wszczepiania się; powstają one prawie wyłącznie w warstwach głębokich, nie przedostają się zazwyczaj do ciała szklistego, lecz pokryte są przez warstwę na czyn włosowatych oraz przez szklistą warstwę graniczną, a nawet w razie przeniknięcia do ciała szklistego, znajdują tam o wiele mniej pomyślne warunki rozwoju, aniżeli w cieczy przedniej komory oka. Komórki rozsiane w ciele szklistem przy nowotworach, zwykle wypełnione barwnikiem, uważa K. za twory obumarłe, ztąd zdolność do życia komórek nowotworowych w ciele szklistem w obserwacjach Ewerzky'ego jest bardzo mało prawdopodobną. Do pracy tej, cechującej się dokładnością opisu i właściwą autorowi wytwornością stylu, dodaną jest tablica chromolitograficzna, przedstawiająca przecięcie oka oraz obraz mikroskopowy nowotworu i części otaczających.

Praca RYMOWICZA została dokonana w pracowni kliniki okulistycznej prof. BELARMINOWA w Petersburgu na podstawie doświadczeń na 17 królikach, które przez czas dłuższy zatrutowane były mieszaniną wysokoku [18—20%] i oleju niedogonowego (*fusöl* 2%). Zwierzęta po upływie 1—12 miesięcy zabijane były

przez uklucie w rdzeń przedłużony. Gałki oczne, utrwalane w płynie MUELLE-
R'a, FOLLES'a, FLEMMING'a lub też roztworze sublimatu według ZENKER'a,
stwardniane były w 40, 70, 96% i absolutnym wysokoku i zatapiane w celloi-
dynie lub w parafinie. Do barwienia autor używał karminu alunowego lub
karminu miedzianego według KRYSIŃSKIEGO, hematoksyliny i eozyiny, kwaśnej
fuksyny [według GIESON'a] i innych. W dwóch tylko przypadkach zastosował
autor błękit metylenowy, przekładając metodę DOGIEL'a [barwienie na szkle
przedmiotowym] nad metodę EHRLICH'a [barwienie za pomocą iniekcji do na-
czyń]. Na podstawie tych doświadczeń R. dochodzi do wniosku, że przewle-
ktemu zatruciu wyskokiem towarzyszą głębokie zmiany siatkówki oka, której
właściwe elementy ulegają przemianom wstecznym. Zmiany te najbardziej
są wyrażone w warstwie komórek zwojowych, w których występuje zwyrod-
nienie tłuszczowe i pęcznienie zawartości komórkowej; jądra tych komórek
pozostają długo bez zmiany. Warstwa włókien nerwowych ulega zwyrodnieniu
przerostowatemu (*hypertrophia varicosa*). W innych warstwach znajdował
autor nagromadzenie się płynu przesiękowego i zwyrodnienie tłuszczowe.
Główną przyczyną osłabienia wzroku i innych objawów niedoślepu u alkoholi-
ków są zmiany wsteczne siatkówki oka, wywołujące wtórne wstępujące
zwyrodnienie włókien nerwu wzrokowego.

L. OSTASZEWSKI opisuje zmodyfikowany sposób KOCHER'a i przebieg opera-
cji przepuklin pachwinowych przy zastosowaniu szwu kanałowego oraz podaje
wyniki herniotomii, dokonanych różnemi metodami, w 75 przypadkach na od-
dziale kol. RAUMA. Z 59 przypadków operowanych powyżej wspomnianą meto-
dą, autor tylko mógł się przekonać naocznie o wynikach w 13-u [u 11 osób do-
rosłych i 2 dzieci], z tych w jednym tylko przypadku nastąpiła recydywa.

Monografia WŁ. ZAHORSKIEGO, sekretarza Wileńskiego Towarzystwa Le-
karskiego, w zeszycie niniejszym obejmuje okres drugi [1832—1864] i trzeci
[1865—1897] istnienia tego Towarzystwa. Piękna ta praca, stanowiąca wa-
żny przyczynek do rozwoju instytucji naukowych u nas, przedstawia rozwój
Towarzystwa w zależności od warunków jego bytu, oraz główne zadania jego
naukowej działalności. Przy końcu pracy podany został spis urzędników To-
warzystwa, począwszy od r. 1809, oraz spi szcłonków honorowych, czynnych, ko-
respondentów i przybranych do chwili obecnej z krótką wzmianką o ich pra-
cach naukowych.

Ostatnią część zeszytu zajmują protokoły posiedzeń naszego Towarzy-
stwa, w których bardzo słusznie wprowadzony został zwykły burgos zamiast
petitu.

W dziale ogłoszeń ze strony władz Towarzystwa podane są tematy na
konkursy im. HELBICHA i KOCZOROWSKIEGO oraz wiadomości o wakujących
stypendyach i zapomogach. Na zaznaczenie zasługują: staranna korekta ze
szytu i pięknie wykonane tablice litograficzne do prac W. KAMOCKIEGO i T-
RYMOWICZA.

Pruszyński.

Wiadomości drobne.

— FAURE i FURET w przypadkach porażenia nerwu twarzonego zależnych od
cierpienia części tego nerwu, biegnącej w kości skalistej, uważanych za niewyleczal-
ne, proponują przyszywać pień nerwu twarzonego do gałęzi zewnętrznej nerwu

przydatkowego WILLIS'a [XI para]. Wiadomości, zdobyte przy badaniu odradzania się nerwów po zsywaniu ich, pozwalają przypuszczać, iż włókna nerwowe ze zdrowego nerwu WILLIS'a będą wrastały w zwyrodniały nerw twarzowy, co pozwoli na powrót kurczliwości mięśni twarzowych, a więc ustąpienie porażenia twarzy. Autorowie stosowali już tę metodę [w końcu stycznia r. b.] w jednym przypadku. Zrobili cięcie długie na 12 ctm. na brzegu przednim mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, wyszukali pień nerwu twarzowego w miejscu, w którym on krzyżuje podstawę wyrostka rylcowego (*proc. styloideus*) i przecięli go; następnie odszukali gałąź zewnętrzną nerwu WILLIS'a, gdy ona wychodzi z mięśnia kapturowego (*m. trapezius*) i wnika do mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, a po przecięciu jej przyszywali katgutem do końca obwodowego przeciętego nerwu twarzowego. Operacja ta pociągnęła za sobą tylko lekki niedowład mięśnia kapturowego. Na wynik leczniczy potrzeba czekać kilka tygodni, aż nastąpi wzmiankowany proces wrastania włókien nerwowych do nerwu twarzowego.

W. G.

— Zapalenie nerek mięszone i zakrzepy zatok mózgowych. A. PHEAR [z Londynu] opisuje przypadek, dotyczący 7-letniego chłopca, który raptownie utracił przytomność i umarł po 20 dniach choroby. Objawy podczas takowej były: stan zapaści, połączony z wielkim upadkiem sił, stany przygnębienia naprzemian z pobudzeniem. To statnie wyrażało się sztywnością karku i mięśni brzucha; zjawiska przygnębienia w bezwładzie zwieraczy odbytu i pęcherza. Zauważono także zez przejściowy, ale ani nierówności źrenic, ani wzmoczenia odruchów kolanowego lub stopowego nie było. Ciepłota, podniesiona prawie ciągle, z początku spadła z 40° do 38°, w ciągu 8 dni była bliską normy, w końcu wzniosła się na nowo do 39,2°. Dwa razy zauważono oddech o typie CHEYNE-STOKES'a. Żadnej wysypki specjalnej, wypływu z ucha lub nosa w ciągu całej choroby nie było. Szkarlatynę chłopiec przechodził, mając lat 5. Badanie pośmiertne wykazało zakrzep w zatoce podłużnej górnej (*sinus longitudinalis superior*); skrzep częściowo odbarwiony, podobny do pierwszego zajmował zatokę lewą i zatykał żyłę jarzmową wewnętrzną i część podobojczykowej lewej. Ani obrzęku, ani rozmiękczenia w substancji mózgowej nie było; płyn w komorach nie zmieniony i ilość zwykła. W tętnicy płucnej lewej stary skrzep. Lewa komórka serca powiększona. W nerkach typowe zmiany przy daleko posuniętym nieżycie mięsżowym.

A. Majewski.

Wiadomości bieżące.

- Następcą TARNIER'a na klinice akuszeryjnej w Paryżu został BUDIN.
- W Peszcie zmarł prof. SCHWIMMER, znany dermatolog.
- Osmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w Poznaniu dnia 12 do 14 lipca 1898 roku. Wydział gospodarczy zaprasza na Zjazd ten wszystkich lekarzy i przyrodników polskich i wyraża życzenie, aby przez jak najliczniejszy zastęp uczestników w Zjeździe lekarze i przyrodnicy polscy dali dowód, że rozproszeni uznawają ważność i doniosłość Zjazdu i pragną przez wzajemne zbliżenie się do siebie przyczynić się do postępu nauki, dając zarazem świadectwo żywotności i łączności swojej. Wydział gospodarczy przymie uczestników Zjazdu z otwartymi rękoma i starać się będzie pobyt im w Poznaniu uprzyjemnić i, o ile to w jego mocy będzie, w milej utrwalić pamięci. Wobec krótkiego czasu, jaki dzieli nas od terminu Zjazdu, potrzebne jest do ułożenia szczegółowego programu wczesne zawiadomienie komitetu o pracach i wykładach w poszczególnych sekcjach. Na życzenie, wyrażone z wielu stron, utworzoną będzie także sekcja higieniczna i rolniczo-przyrodnicza. Prace przygotowawcze do Wystawy przyrodniczo-lekarskiej w pełnym sąbiegu. Sądząc z napływających zamówień i zgłoszeń, zapowiada się Wystawa świe-

tnie. Wszelkie zgłoszenia, tyżące się Zjazdu, przyjmować będzie komitet gospodarczy najdalej do dnia 15 maja r. b..

P o z n a ń, w marcu 1898.

W imieniu komitetu gospodarczego VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Dr. Heliodor Święcicki,
przewodniczący.
Pałac Działyńskich.

Dr Artur Jaruntowski,
sekretarz jeneralny.
Ul. Wilhelmska nr. 16.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1898/9 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich, synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali, c) Strojeccy, synowie po Adolfie Strojcekim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim. e) w braku kandydatów z wyszególńionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rżeczone stypendya, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7] najpóźniej do dnia 15 września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lektrskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały,
Dr Brodowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1898/9, wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. IGNACEGO GOŁĘBOWSKIEGO, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rżeczone stypendyum wini wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały,
D-r Brodowski.