

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** *I. D-r Aleksander Pański.* Przypadek obwodowego porażenia nerwu podjęzykowego prawego—str. 1. *II. D-r Kazimierz Dudrewicz.* Powikłania spraw ropnych ucha środkowego—str. 11.

III. Dział sprawozdawczy: *I. Choroby wewnętrzne.* 1. *Laspeyres.* Przyczynok do statystyki raka—str. 16. 2. *Czygajew.* O leczeniu wysięków surowiczowłóknikowych wstrzykiwaniami podskórnymi płynu wysiękowego—str. 17. 3. *Moll.* Górne drogi oddechowe i ich infekcyje—str. 17. 4. *Wolff.* Perlica i gruźlica ludzka—str. 19. 5. *Leyden i Blumenthal.* Vorläufige Mittheilung über einige Ergebnisse der Krebsforschung auf der I medicin. Klinik—str. 20. 6. *Bendix.* Czy kwas moczowy posiada własności antyseptyczne?—str. 21. 7. *Baudouin.* Nowy odczynnik na barwniki żółciowe moczu—str. 22. *II. Choroby ukł. nerwowego.* 8. *Koelichen.* Nowe spostrzeżenia D-ra Babińskiego—str. 23. *III. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*—str. 26. *IV. Bibliografia: Meczkowski.* O udawaniu (symulacyi) objawów nerwowych oraz kilka uwag o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach cierpień urazowych—str. 30. *V. Narady Towarzystwa Hygienicznego w sprawie zdrowotności mniejszych miast i wsi*—str. 32. *Kronika bieżąca*—str. 34. *Zmarli*—str. 35. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 1. *I. D-r Aleksander Pański.* Un cas de la paralysie peripherique du n. hypoglosse droit—p. 1. *II. D-r Kazimierz Dudrewicz.* Sur la complication des alterations purulentes d'oreille moyen—p. 11.

I. PRZYPADEK OBWODOWEGO PORAŻENIA

NERWU PODJĘZYKOWEGO PRAWEGO

(*Neuritis n. hypoglossi peripherica*),

(przedstawiony w Towarz. Lekar. Łódzk. d. 16/IV. 1902 r.)

Podał

D-r med. Aleksander Pański.

Porażenie obwodowe nerwu podjęzykowego zdarza się stosunkowo dość rzadko. Według pracy v. Ascolie'go (1), streszczonej w artykule Mariny (2), opublikowano do 1894 r. 79 przypadków zaniku połowy języka. W tej liczbie znajdujemy tylko 28 przypadków obwodowego cierpienia nerwu podjęzykowego, reszta dotyczy

porażeń tego nerwu, które wystąpiły jako jeden z objawów cierpień mózgowych lub mózgo-rdzeniowych. Jeżeli do tych 28-iu doliczyć później opisane, mianowicie: przypadek Mariny(2), Mingazzini'ego(3), Pierre-Marie'ego(4), Dinkler'a(5), Minor'a(6) (trzy przypadki), Brasch'a(7), Kron'a(8), Wenhardt'a(9), Friedlender'a(10), Wiersmy(11) i Hofman'a(13), okaże się, że liczba wszystkich przypadków dosięga zaledwie czterdziestu kilku. W połowie wszystkich przypadków porażenia nerwu podjęzykowego ucierpiała część nerwu zewnątrzczaszkowa, mianowicie w 15 przypadkach, zebranych przez Ascoli'ego i w 5 przypadkach, opublikowanych przez wyżej wymienionych autorów: Marinę, Mingazzini'ego, Brasch'a, Kron'a i Hofman'a.

W znacznej większości przypadków porażenia części nerwu zewnątrzczaszkowego przyczyną był uraz: w zebranych przez Ascoli'ego przypadkach uraz był 12 razy przyczyną porażenia, w później spostrzeganych 3 razy (u Mingazzini'ego, Kron'a i Brasch'a), razem przeto w 15 przypadkach.

Następnie jako przyczynę porażenia wymienia Ascoli ucisk nerwu podjęzykowego 3 razy; w przypadkach, nie objętych pracą Ascoli'ego, uciskowe porażenie nerwu podjęzykowego spostrzegano dwa razy (Pierre-Marie i Dinkler).

Samoistne porażenie nerwu podjęzykowego, nie spowodowane jakimkolwiek cierpieniem w okolicy tego nerwu, Erb(13), Gowers(14), Oppenheim(15), Bernhardt(16) i inni zaliczali do rzadkości, przyznawali jednak możliwość wystąpienia cierpienia nerwu samodzielnego, na zasadzie dwóch przypadków, z których jeden opublikowany był przez Erb'a(17), drugi przez Montesana'a(18). Natomiast późniejsi autorzy wyrażają zdanie, iż samoistne porażenie nerwu podjęzykowego nie zdarza się wcale i zaliczają przypadek Erb'a, jakoteż przypadek Montesana'a—wrzekomo reumatycznego porażenia nerwu podjęzykowego—do zapaleń nerwu, powstałych po zapaleniu gardła z zajęciem gruczołów szyjowych.

Leż i tych przypadków zapalenia nerwu (po zapaleniu gardła) opublikowano właściwie tylko dwa (Marina i Hofman), do których, jak już powiedzieliśmy wyżej, zalicza Marina również przypadek Erb'a i Montesana'a, zaliczane przez Ascoli'ego do porażień reumatycznych. Marina czyni to na tej zasadzie, iż po pierwsze—w obu tych przypadkach porażenie nerwu podjęzykowego wystąpiło u chorych, którzy przebyli zapalenie gardła; po drugie, że Erb nie twierdzi stanowczo, by w spostrzeganym przez niego przypadku porażenie nerwu podjęzykowego uważane być powinno za samoistne

(reumatyczne), albowiem może ono być również zaliczone do porażeń błonicych lub uciskowych, wywołanych przez obrzmienie gruczołów szyjowych, lub też do przewlekłych zapaleń nerwu. Montesano również nie uzasadnia przypuszczenia, że porażenie nerwu podjęzykowego zaliczyć należy do pierwotnych reumatycznych.

Prócz Mariny upatruje również Hofman w tych przypadkach wspólny moment etyologiczny i, podając jedno spostrzeżenie, wyraża mniemanie, iż przez opis jeszcze jednego analogicznego przypadku prawdopodobieństwo powstawania zapalenia nerwu (neuritis) podjęzykowego, na skutek zapalenia gardła za pośrednictwem gruczołów szyjowych zostało jakoby zupełnie stwierdzonym.

W myśl wywodów Mariny i Hofmana mieliśmyby cztery przypadki porażenia nerwu podjęzykowego, powstałe bezpośrednio po i na skutek zapalenia gardła.

Powodowany rzadkością wystąpienia omawianego cierpienia, czuję się upoważnionym do podania opisu jeszcze jednego przypadku, tembardziej, iż w niektórych szczegółach różni się on od przypadków, opisanych przez wyżej wymienionych autorów.

F. O., handlarka, 29 lat, do wystąpienia niżej opisanego cierpienia poważnych chorób nie przechodziła, natomiast zapadała często na szybko mijające zapalenie gardła, przebiegające bez widocznego zajęcia gruczołów szyjowych. Od 5 lat zamężna, dzieci nie miała. Pochodzi ze zdrowej rodziny: rodzice, rodzeństwo żyją, chorób nerwowych nie przebywali.

Chorą skierował do mnie kol. Goldman, który ją przed miesiącem operował w tutejszym szpitalu Poznańskich. Wyciąg z karty szpitalnej, sporządzony przez kol. Goldmana, brzmi, jak następuje: „F. O. przybyła do szpitala małż. Poznańskich d. 4 lutego r. b. z powodu silnych bólów gardła, prawego ucha, niemożności połykania pokarmów i obrzęku prawej połowy szyi; ogólnie bardzo osłabiona. Chora od 2 tygodni. Cierpienie zaczęło się od bólu gardła, powiększającego się podczas łykania; jednocześnie miało wystąpić opuchnięcie gruczołów, przeważnie prawej połowy szyi; podniesienie ciepłoty ciała. Badanie wtedy wykazało: obrzęk i zaczerwienienie, rozprzestrzenione głównie na prawym łuku podniebieniojęzykowym i migdałku, bolesne nacieczenie gruczołów szyjowych, ciepłotę ciała 37,9°, tętno 96.

Po 12 dniach widziałem chorą powtórnie w jej mieszkaniu. Znalazłem stan znacznie gorszy: nie spała od kilku dni w skutek nader silnych bólów gardła, szyi i prawego ucha, mowa trudno zrozumiała, osłabienie, tętno o słabem napięciu 100, ciepłota ciała 37°,9 (godz. 10¹/₂ rano). Obrzęk szyi i okolicy podżuchwowej z prawej strony znacznie

większy, silnie bolesny przy obmacywaniu; na skórze liczne wynaczenia sinej barwy i rozmaitej wielkości; głębokie chełbotanie. Badanie ze strony ust, utrudnione ze względu na szczykościsk, wykazuje nader znaczny obrzęk śluzówki i nacieczenie prawego migdałka, łuku podniebieniojęzykowego i podniebieniogardzielowego; cieśń paszczy (isthmus faucium) znacznie zmniejszona, zaledwo widoczna szczelina. Ze względu na znacznie utrudniony oddech i silne bóle wykonałem nakłucia w okolicy wypukłonej, zaleciłem okłady spirytusowe, wewnątrz środki pobudzające i poleciłem chorą przewieźć do szpitala w celu otworzenia ropnia szyi. Co do stanu języka wówczas, to ustalić możemy fakt, że chora od czasu rozpoczęcia się cierpienia przetykała tę niewielką ilość pokarmów, jaką przyjmowała, po stronie lewej jamy ustnej (ból po stronie prawej); czy język wtedy zbaczał ku stronie prawej przy ruchach wysuwania i czy był zmieniony co do jakości swych połów, nie wiadomo, gdyż dokładnego badania w tym kierunku wtedy nie dokonano.

5 lutego. Ciepłota ciała 37^o,8, tętno 120. W uśpieniu chloroformowem (o przebiegu normalnym) przeprowadziłem cięcie wzdłuż przedniego brzegu prawego m. mostkoobojczykowego, długości 7 ctm. a ztąd prostopadle do mięśnia w kierunku środkowej linii długości 3 ctm.; w tem miejscu przenikałem warstwami w głąb, oszczędzając naczynia i nerwy, żadnego z nich w linii cięcia nie uszkodzono. Wzmiankowaną drogą wydobyto z głębi około 3 łyżek cuchnącej, posokowatej wydzieliny; palcem wprowadzonym w głąb opróżnionej jamy wyczułem wysoko normalny wyrostek rylcowaty (proc. styloideus).

6 lutego. Ciepłota 37^o, tętno 96; ogólny stan zadowalniający. Obrzęk szyi i twarzy znacznie mniejszy. Połykanie nieco łatwiejsze. Języka nie badano.

W dalszym ciągu okres zdrowienia w niczem nie powikłany.

Chora wypisała się ze szpitala 12 lutego r. b. z gojącą się raną szyi.

20 lutego. Chora została ponownie przewieziona do szpitala z powodu lewostronnego zapalenia dolnego płata płuc; tutaj zdrowienie, niezakłócone żadnem powikłaniem, trwało do 9 marca. Normalne zabliznianie się rany na szyi.

5 marca. Zupełnie przypadkowo (kazałem chorej pokazać język ze względu na upośledzone trawienie) zauważyłem zboczenie i zmiany odżywcze języka. Pytana *wtedy* w tym kierunku, chora opowiedziała, że od czasu zachorowania pierwotnego — przeżuwa pokarmy tylko po stronie lewej języka; jeśli cząstka jedzenia dostanie się na prawą stronę jamy ustnej, chora zmuszona jest wydobyć ją palcami. Badana,

dłaczego dopiero teraz o tem komunikuje, objaśniła iż to nie sprawiało jej większych dolegliwości, zresztą przypisywała to swemu pierwotnemu cierpieniu, z ustapieniem którego znikną również i te drobne dolegliwości. Chorą skierowałem do kol. Pańskiego.

Chorą badałem w miesiąc po operacji. Wygląd chorej dobry. Głos zupełnie czysty. Mowa utrudniona i niewyraźna, zwłaszcza przy wymawianiu liter językowych. Łykanie stałych pokarmów jest dla chorej dość trudne. Cząstki pokarmów pozostają w prawej połowie jamy ustnej i chora zmuszona jest palcem je wydobywać. Gdy język spoczywa na dnie ust, koniuszerek jego zwrócony jest ku stronie zdrowej; prawa połowa języka nie jest tak wysoka, jak lewa, ponieważ jest cieńsza i więcej od niej pomarszczona. Linia środkowa języka tworzy łuk, wklęsłością zwrócony ku stronie prawej; w mięśniach języka drgań włókienkowych zauważyć nie można. Ruchy języka ku górze, dołowi i ku stronie lewej zupełnie zachowane, natomiast cokolwiek ograniczone ku stronie prawej; te ostatnie chora wykonywa z pewnym wysiłkiem, wykrzywiając przytem usta. Przy wysuwaniu języka koniuszerek tegoż zbacza nieco w stronę prawą. Uczucie dotyku, bólu, zimna i ciepła jest na prawej połowie języka również normalne, jak i na lewej; to samo dotyczy smaku: płyn słodki, gorzki, kwaśny i słony chora odczuwa jednakowo, w jednakowym rozcieńczeniu na stronie chorej i zdrowej języka. Prawa połowa języka nie jest więcej obłożona, niż lewa. Łuki podniebienne mają po obu stronach tę samą grubość. Języczek nie zbacza od linii środkowej. Mięśnie kości grdykowej: mostkogrdykowy, łopatkogrdykowy jako też mięsień mostkotarczowy są na prawej stronie normalne. Przy ruchach krtani dowolnych, czy też wywołanych przez prąd elektryczny, krtani nie zbacza od linii środkowej.

Innych jakichkolwiek objawów, wskazujących na cierpienia nerwowe, bądź materyalne, bądź też czynnościowe, nie znalazłem. Nerwy mózgowie (po za tym jednym porażonym) wszystkie w porządku. Ruchy dowolne kończyn, odruchy ścięgnowe i skórne zachowane i równe po obydwóch stronach. Żrenice oddziałują dobrze na światło i akomodację. Czucie skórne zarówno jak i błon śluzowych na wszelkie bodźce (dotyk, ból i t. d.)—normalne. Pobudliwość mięśni prawej połowy języka na prąd przerywany mniejsza, niż pobudliwość mięśni na stronie lewej. To samo dotyczy prądu stałego, przy czem skurecz mięśni nie jest leniwy, lecz żywy, jak po stronie zdrowej i KSZ przeważa nad ASZ. Badanie prądem elektrycznym pnia nerwowego było ze względu na niezabliźnioną jeszcze ranę na szyi w miejscu, z którego najłatwiej jest drażnić nerw podjęzykowy, dosyć

utrudnione, ponieważ trzeba było posługiwać się większą elektrodą (przez co otrzymywało się zbyt duży, a przykry dla chorej skurez mięśni szyjowych). Po kilku bezskutecznych próbach udało mi się jednak wywołać skurez mięśni języka przy stosowaniu zarówno prądu przerywanego, jak i stałego. I tutaj również, jak przy działaniu bezpośrednim prądu na mięśnie, zmiana pobudliwości elektrycznej samego nerwu była tylko ilościowa. Badanie przeto wykazało zmniejszoną nieco pobudliwość elektryczną mięśni prawej połowy języka i nerwu podjęzykowego prawego, przy zupełnym braku odczynu zwyrodnienia.

Przebieg porażenia był, zgodnie z rezultatem badania elektrycznego, bardzo pomyślny i zakończył się zupełnie wyzdrowieniem po 10 tygodniach. Mianowicie, już po 3-ich tygodniach stosowania na wychudniętą połowę języka prądu przerywanego—czy też niezależnie od tego leczenia, można było zauważyć znaczną poprawę funkcji języka: chora mówiła wyraźnie i szybko, mogła połykać stałe pokarmy i uważała się za zupełnie wyleczoną. W tym czasie zmarszczki języka wygładziły się nieco, ruchy języka ku stronie prawej chora wykonywała bez wysiłku, natomiast koniuszki języka zbaczał jeszcze cokolwiek w stronę prawą i środkowa linia języka i nerwu podjęzykowego prawego była taka sama, jak po stronie lewej. Po upływie następnych czterech tygodni prawa połowa języka niczem się nie różniła od lewej: nie była zmarszczona, sięgała tak wysoko, jak lewa, linia środkowa języka tworzyła linię prostą, koniuszki nie zbaczał w żadną stronę.

Rozpoznanie w danym przypadku nie było trudne. Brak zupełny innych objawów, wskazujących na cierpienie mózgowie (sprawy chorobowe na podstawie mózgu, w jamie potylicznej, próchnica kości tworzących podstawę czaszki i in.) lub mózgodziwienia (jak np. na syryngomyelię, przy której *Weintraud* (19) i *Tamburer* (20), cytowani przez *Bernhardta*, spostrzegali porażenie i zanik połowy języka ze zmienioną pobudliwością elektryczną, lub bez niej; albo też na uwiad mlecza, przy którym *Obersteiner* (21) opisuje przypadek zaniku połowy języka), upoważniał nas do wykluczenia tych cierpień, przy których obok porażenia nerwu podjęzykowego stwierdzilibyśmy cały komplet innych objawów, tym chorobom właściwych, a u naszej chorej brakujących.

Przyczyny porażenia nie mogliśmy również upatrywać w cierpieniu opuszki, bądź w ostrej jej postaci zapalnej, bądź też w wynaczynieniu krwawem. Nadzwyczajna bliskość topograficzna jąder nerwów czaszkowych zarówno w kierunku podłużnym, jak i po obu stro-

nach raphe powoduje zwykle cierpienie obustronne i to nie jednego tylko nerwu podjęzykowego, lecz i kilku sąsiednich nerwów mózgowych. Porażenie opuszkowe jednego tylko nerwu podjęzykowego należy do rzadkości.

Pozostawała nam tedy jedyna możliwość, iż mamy do czynienia z obwodowym cierpieniem nerwu podjęzykowego, za którym również przemawiała szybka poprawa, a raczej zupełne wyzdrowienie po niespełna trzech miesiącach trwania cierpienia, a było tylko określić, która część nerwu uległa uszkodzeniu i na skutek jakiej przyczyny.

Cierpienie części nerwu podjęzykowego, części—przebiegającej wewnątrz czaszki, wyklucziliśmy na tej zasadzie, iż ta część nerwu bardzo rzadko ulega uszkodzeniu sama jedna, lecz przeważnie wspólnie z nerwami, bardzo blisko z nią sąsiadującymi (ner. błędny i inne).

Cierpienie tej części nerwu powstaje zazwyczaj wskutek ucisku przez nowotwory, umiejscowione w tylnej jamie czaszkowej, lub wskutek innych cierpień (przymiot, gruźlica, próchnica), obierających sobie siedlisko na podstawie mózgu, albo na kości, do tejże (podstawy) przylegającej. Ponieważ nerwy, w blizkiem sąsiedztwie z nerwem podjęzykowym przebiegające, cierpieniu nie uległy, a i przyczyn, mogących spowodować ucisk nerwu podjęzykowego, nie znaleźliśmy, przeto ta część nerwu pierwotnemu uszkodzeniu nie uległa.

Na tej samej zasadzie (braku przyczyny) mogliśmy wykluczyć uszkodzenie części nerwu podjęzykowego, przebiegającej w kostnym foramen condyl. anter., jak również przylegającej do pierwszych kręgów szyjowych, która również uległa może cierpieniu wskutek ucisku, jak nas tego uczy przypadek Dupuytren'a (22), w którym nastąpiło porażenie nerwu podjęzykowego wskutek wrośnięcia torbieli w kanał kostny i drugi przypadek Lüschova (23) zaniku połowy języka, spowodowanego cierpieniem drugiego kręgu szyjowego.

Obwodowa część nerwu podjęzykowego, poniżej anastomozy tego nerwu z gałązkami nerwów szyjowych, uciepnieć nie mogła, ponieważ gałązka zstępująca nerwu podjęzykowego i tworząca pętlicę z gałązkami 2-go i 3-go nerwu szyjowego unerwia mięśnie mostkogrdykowy, mostkotarczowy i łopatkogrdykowy, któreśmy znaleźliśmy w zupełnym porządku.

Ucierpiała przeto tylko część nerwu podjęzykowego, przebiegająca w okolicy szyi, powyżej anastomozy z gałązkami nerwów szyjowych. Ta część nerwu podjęzykowego cierpieć może: a) wskutek ucisku nerwu przez nowotwory gruczołów szyjowych, jak tego dowo-

wodzą przypadki Bernhardt'a i Hutchinson'a, przytoczone w pracy Bernhardt'a; b) wskutek skaleczenia ostrem narzędziem szyi i nerwu podjęzykowego przy wykonywaniu zamachu samobójczego, lub zabójczego (przypadki Weir-Mitchell'a, Güterbock'a, Schüller'a i Bernhardt'a, przytoczone w pracy ostatniego; przypadek Mingazzini (3); c) wskutek obrażenia nerwu podczas operacji szyjowych (przypadki Kron'a (8) i Brasch'a (7); d) wreszcie, ten odcinek nerwu ulega może zapaleniu na skutek zapalenia gardła z zajęciem gruczołów szyjowych, które to zapalenie, przeszedłszy na nerw podjęzykowy, powoduje porażenie nerwu i mięśni wraz z zanikiem połowy języka. Przyczyn wyszczególnionych pod lit. a), b) i c) nie było w naszym przypadku i, aczkolwiek o jednej z nich można było myśleć, mianowicie o skaleczeniu nerwu podczas operacji, to jednakże przeciw temu przemawiało kategoryczne twierdzenie chorej, że od czasu pierwotnego zachorowania przeżuwała pokarmy tylko po lewej stronie języka, a cząstki jedzenia, które dostawały się do prawej jamy ustnej chora zmuszoną była wydobywać palcami, z którego to twierdzenia wynika, iż objawy porażenia języka wystąpiły przed dokonaniem cięcia na szyi.

W myśl tych wywodów nie pozostaje nam nic innego, jak przyjąć zapalenie gardła z zajęciem gruczołów szyjowych, jako przyczynę porażenia nerwu podjęzykowego, tembardziej, że przypadki analogiczne, jak o tem wspomnieliśmy wyżej, jakkolwiek zdarzają się rzadko, były jednakże kilkakrotnie (4 razy) spostrzegane. Razem tedy z moim mielibyśmy 5 przypadków porażenia nerwu podjęzykowego, które powstały po niezbadanej jeszcze dokładnie postaci zapalenia gardła. Trudno bowiem zaliczyć dane cierpienie gardła do zwykłych i dobrze nam znanych odmian, ponieważ zdarzają się bardzo często, gdy tymczasem wtórne zapalenie nerwu podjęzykowego należy do nadzwyczajnych rzadkości.

W tych pięciu przypadkach stwierdzić możemy pewne wspólne cechy. Już Hofman (12) zwrócił uwagę na to, iż porażenie w przypadkach Montesan'a (18), Erb'a (17) i Mariny (2) dotyczyło prawego nerwu podjęzykowego, tylko w przypadku przez niego spostrzeganym dotyczyło ono lewego; przybywa tedy moje spostrzeżenie jako czwarte, w którym porażenie również dotyczyło prawego nerwu podjęzykowego. Dalej, w tych wszystkich przypadkach czucie i smak pozostały na porażonej połowie języka zupełnie normalne.

Lecz i pewne odmiany w nich znajdujemy, a mianowicie:

W przypadku Montesan'a wyleczenie nastąpiło po długim czasie trwania cierpienia (z referatu tej pracy, podanego przez Ma-

rinę, niewiadomo, jak długo porażenie trwało); po miesiącu wystąpienia porażenia stwierdzono odczyn zwyrodnienia; włókienkowe drgania w porażonych mięśniach spostrzegano.

W przypadku Erb'a widoczne było porażenie zanikowe z zupełnym odczynem zwyrodnienia jeszcze po roku trwania cierpienia; również w przeciągu całego roku trwały włókienkowe drgania mięśni języka, na które zwrócił uwagę nawet chory. Czy nastąpiło wyleczenie—niewiadomo.

W przypadku Mariny wystąpiły pierwsze ślady poprawy po 6 miesiącach, po 3-ach zaś latach—zupełne prawie wyleczenie; pozostało lekkie skrzywienie języka i nieznaczny zanik mięśni, natomiast widoczne były o wiele znaczniejsze zmiany pobudliwości elektrycznej. Drgania włókienkowe mięśni języka, spostrzegane w tym przypadku, autor zaliczał do objawów sprawy ośrodkowej wogóle.

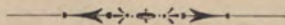
W przypadku Hofmana nie zauważono śladu poprawy po roku (potem autor już chorej nie widział). Drobne, powierzchowne drgania pęczkowe i włókienkowe spostrzegano w obydwóch połowach języka, lecz przeważnie po stronie porażonej. Kompletny odczyn zwyrodnienia.

W przypadku moim przebieg był bardzo szybki (po 10 tygodniach zupełne wyleczenie); brak włókienkowych drgań mięśni porażonej połowy języka. Pobudliwość elektryczna zanikłych mięśni prawej połowy języka i nerwu porażonego prawie nie zmieniona (początkowo zaledwie ilościowo zmniejszona).

Zupełnie nie wyjaśnionym pozostaje w moim przypadku brak odczynu zwyrodnienia w zanikłej połowie języka i w nerwie porażonym, jak również brak drgań włókienkowych mięśni, drgań, spostrzeganych przez wszystkich czterech wyżej wymienionych autorów. Pod tymi dwoma względami (lecz tylko pod tymi!) przypadek mój jest podobny do przypadku Möbiusa (24), o zupełnie innym momencie etyologicznym, w którym porażenie i zanik połowy języka był spostrzegany przy przy wielorakiem porażeniu nerwów mózgowych, na tle przymiotu. W tym ostatnim nie można było również stwierdzić drgań włókienkowych mięśni w lewej, porażonej połowie języka (zmarszczonej, zwężonej, zcieńczonej i zbaczającej ku stronie prawej) i pobudliwość elektryczna, początkowo nieco zwiększona, była następnie, po upływie kilku miesięcy, taka sama, jak po stronie zdrowej, pomimo, iż porażenie i zanik języka bynajmniej się nie zmieniły. Nawiasem dodać należy, iż Möbius nie podaje żadnego wyjaśnienia takiego zachowania się zanikłych mięśni względem prądu elektrycznego.

Literatura.

1. V. Ascoli. Sulla Emiatrofia della lingua. II. Policlinico. № 1, 4, 8. Roma. 1894.
2. A. Marina. Przypadek zaniku i porażenia połowy języka, przedstawiony w 1894 r.; szczegółowo opisany w *Neurolog. Centralblatt*, 1896 r. str. 338.
3. Mingazzini. Zanik połowy języka po przecięciu nerwu podjęzykowego; streszczony w *Neurolog. Centralblatt*. 1896 r.
4. Pierre-Marie. Sur un cas d'atrophie de la langue dans le mal de Pott sous-occipital; ref. w *Neur. Central*. 1896 r.
5. Dinkler. Przypadek obwodowego porażenia nerwu podjęzykowego; ref. w *Monatschrift für Psychiatrie u. Neurol.* 1897 r.; opisany w *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. Tom XIII. 1898 r.
6. Minor. O porażeniu wielorakiem nerwów mózgowych. Przedstaw. 3-eh chorych. Refer. w *Neurolog. Centr.* 1897 r.
7. Brasch. Przypadek urazowego porażenia prawego nerwu podjęzykowego. *Monatschrift für Psychiatr. u. Neurol.* 1898 r.
8. Kron. Przypadek obwodowego porażenia nerwu podjęzykowego wskutek urazu. *Neurolog. Centralbl.* 1898.
9. Wenhardt. Przypadek nowotworu mózgu (dający objawy *Malum Potti suboccipitale*) i zanik połowy języka. *Neurolog. Centralbl.* 1898 r.
10. Friedlander. Przypadek porażenia nerwu podjęzykowego i twarzowego po durze brzuszynym. *Monats. f. Psych. u. Neurol.* 1898 r.
11. Wiersma. Przypadki zaniku połowy języka. *Neurolog. Centralbl.* 1899 r.
12. Hofman. W symptomatologii i etyologii obwodowych porażen nerwów na szyi. *Neurolog. Centralbl.* 1899 r.
13. Erb. Podręcznik Ziemssena. T. XII, str. 476. 1874 r.
14. Gowers. Podręcznik chorób nerwowych. T. II, str. 292. 1892 r.
15. Oppenheim. Podręcznik chorób nerwowych. 1894 r.
16. Bernhardt. Cierpienia nerwów obwodowych. *Spec. Patol. i Therap. Nothnagla* 1895 r.
17. Erb. Rzadki przypadek zanikowego porażenia nerwu podjęzykowego. *Deuts. Arch. f. klin. Med.* T. 37. 1885.
18. Montesano. Sopra un caso di paralisi periferica dell'ipoglosso. Estrato dal *Balletino della società lanciniana*. Roma. 1893. r.
19. Weintraud. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. 1894 r. str. 393.
20. Tamburer. *Neurolog. Centralblatt*, 1892 r., str. 494.
21. Obersteiner. O zwyrodnieniu tłuszczowem włókien mięśniowych w zanikłej połowie języka przy uwięździe mleczna. *Neurolog. Centralbl.* 1895 r.
22. Dupuytren. Cytowany u Bernhardt'a z pracy Erb'a (17)
23. Lüschoff. Cytowany u Bernhardt'a, Greifswalder *Inaug-Dissertation*. 1884 r.
24. Möbius. O porażeniu wielorakiem nerwów mózgowych. Cyt. u Bernhardt'a, ogłoszony w *Centralbl. für Nervenheilkunde*. 1887.



II. POWIKŁANIA SPRAW ROPNYCH UCHA ŚRODKOWEGO.

Opracował

D-r Kazimierz Dudrewicz.

Każda sprawa ropna w uchu środkowym ostra, czy przewlekła, jest cierpieniem poważnym. Jak się to często zdarza, nigdy jej lekceważyć nie należy, może nie tyle ze względu na samo cierpienie, osłabienie lub utratę słuchu, ile ze względu na liczne powikłania, jakie mogą mieć miejsce przy tych sprawach. Lekceważenie spraw ropnych ucha środkowego należy przypisać obojętności chorych dla swego cierpienia, szczególnie, gdy cierpienie nie sprawia choremu dolegliwości i chory nie zauważył zbytniego osłabienia słuchu, a następnie także winić można i przesad wśród klasy nieinteligentnej, że ropienia z ucha leczyć nie należy.

Podług statystyki różnych lekarzy usznych na ropne cierpienia ucha środkowego przypada około 34% ogólnej liczby chorych na uszy. Specjalnie zaś przypada 10—15% na ostre zapalenia ropne, a około 20% na przewlekłe. Podług statystyki Burkner'a przewlekłe ropienie stanowi przeszło 14%, a Bezold miał w swej praktyce 17% chorych z przewlekłymi sprawami ropnymi ucha środkowego. T. Heimann wśród chorych szpitalnych — żołnierzy, ludzi młodych w wieku lat 20—26, spostrzegał blisko 40% przewlekłych zapaleń ropnych ucha środkowego. Ja w praktyce ambulatoryjnej w ciągu ostatnich dwóch lat na ogólną liczbę chorych usznych 1896, miałem ze sprawami ropnymi ucha środkowego około 33%, a z tego na ostre sprawy przypadało tylko 5,6%, na przewlekłe zaś 27,3%.

Co się tyczy powikłań spraw ropnych ucha środkowego, to bywają one przeważnie przy cierpieniach przewlekłych, i dlatego to głównym naszym zadaniem przy leczeniu powinno być niedopuszczenie przejścia ostrego zapalenia ropnego w przewlekłe. Wprawdzie pewne cierpienia ucha, pomimo najtroskliwszego leczenia, nie mogą być zatrzymane w swym rozwoju, jednak w znacznej większości przypadków jesteśmy w możności wyleczyć chorego lub też ciąg cierpienia zatrzymać. Należy zwracać szczególną uwagę na to, aby ostre ropne zapalenia nie były pozostawione samym sobie, jak się to niestety zbyt często zdarza, gdyż po większej części przechodzą wtenczas w prze-

wlekłe, pociągając za sobą osłabienie słuchu nawet głuchotę, a z czasem różne powikłania i zgubne następstwa.

Istnieje, prawda, pewien szereg spraw ropnych w uchu środkowym, spraw przewlekłych, nawet z powikłaniami, które pozostawione bez wszelkiego leczenia po pewnym czasie zagajają się. Zdarza się jednak to tak rzadko, że nigdy nie należy liczyć na podobne samowyleczenie, gdyż nie wiemy dokładnie, w jakich to bywa warunkach i czemu przypisywać wyleczenie sprawy.

Doświadczenie uczy nas, że groźne powikłania w sprawach ropnych ucha środkowego, pozostających zwłaszcza pod ciągłą kontrolą lekarską, są w rzeczywistości dość rzadkie. Śmiertelność skutkiem powikłań przewlekłych spraw ropnych w uchu środkowym wynosi przeciętnie około 2,25%. Schwartz miał wśród swych chorych odsetkę śmiertelności = 4,76, Bezold 2,15%, T. Heiman zaś wśród chorych szpitalnych 3,29%. Trzeba zawsze pamiętać o zdaniu, które wypowiedział Wilde, że dopóki istnieje ropienie z ucha środkowego, nigdy nie można powiedzieć, kiedy, jak się skończy i do czego doprowadzi.

Ropne sprawy ucha środkowego dotyczą zwykle dzieci i ludzi w wieku średnim. Bergmann wspomina wprawdzie o osmdziesięcioletnich starcach, mających ropienie z uszu od dzieciństwa, lecz to chyba należy do wyjątków. T. Heiman jest zdania, że większość chorych z przewlekłym zapaleniem ropnym ucha środkowego z wieku dziecięcego ginie przed dojściem do wieku późniejszego od powikłań ropnienia¹⁾. Powikłania śmiertelne częściej zdarzają się u mężczyzny, niż u kobiet (Koerner, Robin). Powikłania ze strony jamy czaszkowej są częstsze od zakażenia ogólnego.

Przy ostrych sprawach ropnych powikłania bywają rzadziej, ale i to zdarzają się w przebiegu ostrych zapaleń ropnych przy grypie, durze, płonicy i błonicy, najczęściej u dzieci i osobników zółzowatych i wogóle u osób z upośledzonym odżywianiem. Częstość powikłań przy ostrem ropnym zapaleniu ze strony wyrostka sutkowego zależy od siły zakażenia, choroby, wieku chorego i t. p. czynników. Śmiertelność wskutek powikłań przy ostrem zapaleniu ropnym ucha środkowego jest cokolwiek większą niż przy sprawach przewlekłych. U chorych T. Heimana wynosiła ona 3,75%.

Jak wiadomo powszechnie, ostre ropne zapalenia ucha środkowego powstają bądź skutkiem nieżytów nosa i gardzieli, bądź po

1) T. Heiman. Choroby narządu słuchowego. 1902.

operacjach w nosie i jamie nosogardzielowej, bądź jako powikłanie chorób zakaźnych ostrych. Może powstać ostre ropne zapalenie po uderzeniu w ucho lub głowę, po zanieśieniu infekcyi z ucha zewnętrznego przy przekłuciu bębena, a także pod wpływem podrażnienia przez ciała obce w uchu i po obrażeniach substancjami żrącymi. R o o s a zwrócił uwagę na ostre ropne zapalenie po przestrzykiwaniach nosa i wciąganiu wody do nosa. Przy odpowiednich warunkach ze strony ustroju ostre ropne zapalenie ucha środkowego wywołują drobnoustroje: najczęściej *diplococcus pneumoniae*, *streptococcus* i *staphylococcus pyogenes albus et aureus*, *bacillus pyocyaneus* i inne.

Ostre ropne zapalenie ucha środkowego rozpoczyna się prawie nagle gwałtownymi bólami w uchu: chory czuwa w uchu jakby ciśnienie, ciągły szum i dzwonięcie, czasem tętnienie. Słuch szybko słabnie, a w miarę postępowania sprawy znika wskutek tworzenia się wysięku w jamie bębnekowej. Przewodnictwo kostne zachowane, wyjątkowo zmniejszone. Stan ogólny, szczególnie u dzieci, bywa nie tegi; ciepota podnosi się do $39^{\circ},5$ i wyżej. Pod wieczór i w nocy bóle zwykle wzmagają się. Rozszerzają się one na odpowiednią połowę głowy, na zęby, szyję, powiększają się przy ruchach szczękami i ruchach głowy. Często występuje ból przy ucisku wyrostka sutkowego, comoże dowodzić rozszerzania się nań sprawy. Chory taki wcale prawie spać nie może. Zwykle między 2 a 8 dniem, a czasem i prędzej, już po kilkunastu godzinach następuje przerwanie bębena przez ropę, bóle zmniejszają się, ciepota opada i choremu robi się lepiej. Czasem zaś przerwanie bębena następuje dopiero po 2—3 tygodniach. Ciepota nawet po przekłuciu bębena lub po przerwaniu przez ropę może jeszcze przez parę dni trzymać się około 38° .

Ostre zapalenie ropne natury grzliczej tem się odznacza, że zwykle przebiega bez bólu i ostrych objawów. Przy grypie nadzwyczaj szybko powstaje, niemal w ciągu kilku godzin.

Najczęściej sprawa, odpowiednio leczona, kończy się wyzdrowieniem po 2—6 tygodniach, przy zaniedbaniu zaś przejściem w przewlekłą. U osobników charłacznych, żółzowatych, przymiotowych i szczególnie przy chorobach zakaźnych ostrych, jak płonica i błonica, sprawa przedstawia skłonność do dłuższego trwania i powikłań, skutkiem czego może przechodzić w stan przewlekły.

W rzadkich bardzo przypadkach ostre ropne zapalenie może zakończyć się śmiertelnie skutkiem ropnicy, posocznicy, zapalenia opon mózgowych, ale najczęściej przy nieprzerwanej błonie bębnekowej: to ostatnie spotyka się u dzieci, u których szew skalisto-łuskowy jeszcze nie zupełnie skostniał.

Jeżeli nie bacząc na przekłucie błony bębenkowej i leczenie ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, ropienie nie zmniejsza się lub pomimo przedmuchiwania jamy bębenkowej znów ropa się zbiera i jeżeli bolesność wyrostka sutkowego nie zmniejsza się, mamy wtenczas powikłanie ze strony wyrostka.

Często bardzo w sprawach ostrych, pomimo wszelkich środków, nie możemy ustrzedz się przed powikłaniem, jak to bywa, na przykład, przy grypie, gdzie może być około 80% powikłań ze strony komórek sutkowych, co prawie w $\frac{1}{3}$ przypadków wymaga wydłutowania wyrostka.

Co się tyczy powikłań ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, to jednocześnie ze sprawą w uchu może rozwijać się sprawa zapalno-ropna w wyrostku sutkowym (*empyema proc. mastoidei acutum*).

Najczęstszym powikłaniem spraw ropnych ostrych jest zajęcie komórek sutkowych (*osteitis processus mastoidei*). Sprawom przewlekłym towarzyszy zawsze. Jest ono następstwem przejścia sprawy zapalnej z jamy bębenkowej na śluzówkę i tkankę kostną komórek sutkowych. Politzer jest zdania, że ropa znajduje się w komórkach sutkowych przy każdej sprawie ropnej w uchu środkowym, jednakże obecność jej bynajmniej nie dowodzi zajęcia ich, gdy niema zapalenia śluzówki i leżącej pod nią kości.

Za momenty ułatwiające przejście sprawy zapalnej z jamy bębenkowej do jamy sutkowej uważają małe wysoko położone otwory w bębunku przy sprawach zapalnych w jamie bębenkowej, zatkanie otworu w bębunku, brak tegoż otworu, wpędzenie wydzieliny z jamy bębenkowej do jamy sutkowej przy mocnem wycieraniu nosa, wdmuchiowaniu powietrza przez trąbkę Eustachiusza. Usposabia do powstania zapalenia wyrostka grypa, płonica, błonica, dur, ospa, gruźlica, żółty, przymiot, cukromocz, a także anatomiczne własności rozmaitego rodzaju wyrostków sutkowych.

Dopóki komórki sutkowe łączą się z jamą sutkową szerokim kanałem, a ta ostatnia z jamą bębenkową, wydzielina nie zatrzymuje się w wyrostku sutkowym. Przy połączeniach zaś wąskich skutkiem obrzmienia śluzówki, wyścielającej wyrostek, następuje bardzo prędko zatrzymanie ropy w komórkach sutkowych wraz z następstwami.

Słabsze stopnie zajęcia wyrostka przebiegają bez żadnych objawów, albo objawy są bardzo niewyraźne. Wogóle chorzy skarżą się na silny ból w wyrostku, potylicy lub całej połowie głowy, bezsenność, brak apetytu; wogóle robią wrażenie ciężko chorych. Przy ostrych wysypkach gorączkują, ciepłota zwykle dochodzi do 38^o,8, a u dzieci

nawet do 40°. Skóra na wyrostku przedstawia się niezmienną lub lekko obrzmiałą, czerwoną; obrzmienia kości nie spotykamy. Opuchnięcie i zaczerwienienie tylnej górnej ściany przewodu usznego wskazuje na zatrzymanie ropy w komórkach sutkowych. Nacieczenie skóry wyrostka jest już oznaką przejścia sprawy na okostną. Dotykanie i opukiwanie wyrostka bolesne: stałe bóle w uchu, głowie i szyi. Ropienie z ucha bardzo obfite: po oczyszczeniu przewodu usznego, wkrótce napęlnia on się znów ropą. Wzmagające się ropienie bywa oznaką rozszerzania się sprawy w komórkach sutkowych. Z chwilą przebiccia przez ropę okostnej lub gdy sprawa w wyrostku sutkowym skłonna jest do rozejścia się, bóle zwykle ustają. Zdarza się czasami, że objawy miejscowe na wyrostku znikają, sprawa ropna w uchu powraca do normy, aż nagle bez powodu wszystkie objawy na nowo wybuchają, i zmuszeni jesteśmy przystąpić do wydłutowania wyrostka.

Zapalenia wyrostka sutkowego, towarzyszące przewlekłym sprawom ropnym jamy bębnekowej, mogą trwać lata całe, nie wywołując żadnych objawów. Wskutek zastoju ropy, urazu lub czegoś podobnego sprawa zapalna w wyrostku nagle przyjmuje charakter ostry i przebiega, jak zapalenie wyrostka przy ostrem ropieniu. Takie obostrzenia sprawy, często powtarzające się, stanowią najprawdopodobniejszą przyczynę sklerozy wyrostka. Gdy ropa z wyrostka wydostaje się nazewnątrz, wylanie jej następuje najczęściej przez boczną jego ścianę. Otwory w skórze, okostnej i samej kości mogą sobie nie odpowiadać i skutkiem tego często trudno odnaleźć przetokę w kości. Zanim skóra zostanie przebitą przez ropę, tworzą się często na szyi ropnie opadowe. Czasem istnieją znaczne przetoki w kości, wypełnione ziarniną, przy skórze nawet niezmienną.

Rozpoznanie zapalenia wyrostka sutkowego nie jest trudne w ostrych sprawach ropnych. W przewlekłych atoli sprawach, gdy zapalenie przebiega skrycie, możemy je napewno rozpoznać dopiero po otworzeniu jamy sutkowej. Oznaką prawdopodobną jest uparte ropienie przy przedziurawieniu błony Shrappnell'a, gdy po wyłączeniu próchnienia przewodu zewnętrznego i jamy bębnekowej, ropa cuchnie, gdy chory miewa czasami bóle w wyrostku. Brak bolesności wyrostka w sprawach przewlekłych nie wyłącza stanu zapalnego. Niekktórzy autorowie radzą w celu rozpoznawczym opukiwać wyrostek, przyczem twierdzą, że tylko wynik dodatni ma znaczenie rozpoznawcze (Koerner, Moss, Eulenstein) *D. c. n.*

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

1. R. Laspeyres. **Przyczynek do statystyki raka.** (Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. Bonn, 1902, t 20, zeszyt 9—10, s. 312—370.)

Przestudyowawszy bardzo sumiennie oficjalne publikacje statystyczne Prus, autor dochodzi do wniosku, że 1) liczba kobiet, umierających w Prusach na raka, jest w ogólności niższą, niż liczba mężczyzn, umierających na tę samą chorobę.

2) Liczba kobiet pruskich (wliczono tu, rozumie się, polki i dunki z ziem polskich i Szlezewiku), umierających na raka między 30-ym a 50-ym rokiem, jest jednak większa, niż liczba mężczyzn, padających w tymże wieku ofiarą danej choroby.

3) Fakty te znajdują potwierdzenie zarówno w statystyce miast, jak wsi.

4) Im większem jest dane miasto, tem znaczniejsza jest w niem śmiertelność skutkiem raka.

5) Wsi płacą najmniejszy haracz wspomnianej przypadłości.

6) Rozmaite gałęzie przemysłu pozostają bez wpływu na częstość raka.

Oto kilka cyfr, służących za podstawę Laspeyres'owi. Między 30-ym a 40-ym rokiem zmarło w Prusach w 1890—1895 1,53 mężczyzn i 2,96 kobiet na 10000 mieszkańców. W wielkich miastach śmiertelność mężka wynosiła w tym okresie życiowym 2,5 na 10000, żeńska 3,9; w miastach średnich mężka 2,4 i żeńska 4,8; w małych 1,6 i 2,8; na wsi 1,16 i 1,85. Między 40-ym a 50-ym rokiem rak spowodował w 1890—1895 zgon 6,85 mężczyzn i 9,40 kobiet na 10000 mieszkańców tejże płci i tegoż wieku.

W tej cyfrze śmiertelność miejska wynosiła 10,1 i 14,1 (wielkie miasta: 12,3 i 18,3 i średnie: 8,9 i 16,1; małe 7,6 i 9,8), wiejska 4,6 i 6,1. Wszędzie więc ilość kobiet, padających ofiarą raka, była większa, niż mężczyzn.

Przeciwnie, od 50-go roku życia stosunek zmienia się. Między 50-ym a 60-ym rokiem śmiertelność obojga płci była prawie ta sama (mężczyzni: 18,72, kobiety 19,31); między 60-ym a 80-ym mężczyzni umierali częściej, niż kobiety (mężczyzni: 60—70:33,29; 70—80:32,15; kobiety 60—70:28,86; 70—80:29,15).

W ogóle, między 30-ym a 80-ym rokiem życia zmarło w Prusach na raka 18,5 mężczyzn i 16, 33 kobiet na 10000 osób tejże płci i tegoż wieku.

W. Bugiel.

2. N. F. Czygajew. **O leczeniu wysięków surowiczowo-włóknikowych wstrzykiwaniami podskórnymi płynu wysiękowego** (metoda autoseroterapii). (Ruskij Med. Wiest. № 21 1902).

Metody tej zaczął używać Gilbert w 1894 r. w przypadkach wysięków surowiczowo-włóknikowych pochodzenia gruźliczego.

Autor ten w 17 przypadkach otrzymał wynik dodatni, wysięk zniknął w przeciągu 6—10 dni, a stan ogólny chorych wyraźnie się poprawiał. Prawie we wszystkich tych przypadkach wystarczało jedno wstrzyknięcie, w trzech tylko z liczby 17 po 2—3 dniach trzeba było wstrzyknięcie powtórzyć. Technika tego sposobu jest nader prosta i prawie niebolesna, chorzy chętnie się na nią godzą.

Czygajew wstrzykiwał od 1—4 ctm. sz. stosownie do dawności choroby, w postaciach przewlekłych wstrzykiwał do 4 ctm. sz. Same wstrzykiwania są zupełnie nie bolesne i nie wywołują żadnego odczynu miejscowego.

Autor na podstawie swych doświadczeń przychodzi do następujących wniosków:

1. Leczenie wysięków surowiczowo-włóknikowych metodą Gilbert'a lub też autoseroterapii jest zupełnie bezpieczne.

2. W przypadkach wysięków surowiczowo-włóknikowych pochodzenia goścécowego nie dają się zauważyć żadne wahania ciepłoty, w wysiękach zaś surowiczowo-włóknikowych gruźliczych—ciepłota podnosi się nieznacznie, poczem szybko opada.

3. Zbieranie się płynu po zastrzyknięciu wnet ustaje i w znakomitej większości przypadków ostrych surowiczowo-włóknikowych pleurytów zaczyna się bezwzględne wessanie płynu.

4. Po dwóch tygodniach ostre wysięki surowiczowo-włóknikowe wysysają się.

5. Im wcześniej przystąpimy do kuracji, tem prędzej otrzymamy wynik dodatni.

H. Kucharzewski.

3. A. C. H. Moll. **Górne drogi oddechowe i ich infekcje.** (Klinische Vorträge).

Jak wiadomo, powietrze, nim się do płuc dostanie, ogrzewa się zwilgacnia i wyjąławia na błonie śluzowej nosa. Droga jamy ustnej, jak dowiódł szereg doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych, sprawy te odbywają się w stopniu o wiele mniej wybitnym, skutkiem czego utorowanie i oczyszczanie drogi nosowej powinno być pierwszym dążeniem lekarza w przypadkach utrudnionego oddychania. Pamiętać atoli należy, że w niektórych przypadkach pozornej przeszkody w narządzie powonienia właściwa zapora częstokroć znajduje się w przeroście pierścienia limfatycznego, umiejscowionego na początku głębszych odcinków dróg oddechowych,—w tylnej części jamy nosowej i ustnej. Górną swą częścią pierścień ten opiera się o sklepienie nosogardzielowe i stąd ciągnie się ku dołowi wzdłuż trąbki Eustachiusza aż do łuku podnie-

biennego, który stanowi jego ciąg dalszy, a w zakończeniu jego przyjmuje udział migdałek językowy. Ta obroż gruczołów, zdaniem autora, staje się szkodliwą dla ustroju naszego o ile ulega przerostowi, gdyż, jak dowiodły poszukiwania *Fraenkel'a* i innych badaczy, szczeliny jej częstokroć stają się siedliskiem najróżnorodniejszych zarazków. Najczęstszym i najliczniejszym drobnoustrojem bywa tu zwyczaj gronkowiec ropotwórczy złoty i biały; obok niego często spotrzegano różnego rodzaju dwoinki a również i laseczniki *Löffler'a*. W wielu przypadkach zarazki te, przedostawszy się drogą przewodów migdałków limfatycznych, powodowały ciężkie zakażenia ogólne, a nieraz i ropnice, gdy na miejscu ich wkroczenia pozostawały tylko nieznaczne ślady w postaci lekkiego nieżytu gardła. *Netzer* podaje przypadek, w którym, pomimo że za życia nic prócz zapalenia gardła stwierdzić nie można było, jednakże na autopsyi wykryto ogniska ropne w śródpierściu, obustronne ropne zapalenie płucny i ropną sprawę w osierdziu.—Przypadki zapalenia nerek na tle anginy, zdaniem autora, są również częste, jak zapalenia wsierdzia w gościeu. *Busche* opisał przypadek osteomyelitis i niejednokrotnie ogłaszane były przypadki ovaritis, orchitis, a nawet przewlekłe cierpienia sercowe, jako powikłanie zapaleń mięsżowych migdałków. Do najczęstszych atoli powikłań należy zaliczyć, zdaniem autora, gościec stawowy. *Green* na 127 przypadków anginy u dzieci widział 119 powikłań reumatyzmem. Według *Sahliego* i *Stewart'a*, gościec w 70%—80% jest ropnicą, dla której przyczyny należy szukać w pierwotnem zapaleniu gardła. Wywody tych autorów w pewnym stopniu potwierdzają doświadczenia *Budaya'a*, który dowiódł, że zapalenia stawowe polegają wyłącznie na przerzutowych zatorach wskutek krążenia we krwi licznych w takich razach drobnoustrojów. Dla uzupełnienia obrazu o szkodliwej częstokroć roli owego pierścienia limfatycznego, przytacza *M.* spostrzeżenia kilku klinicystów, którzy wykazują wysoką odsetkę ukrytej gruźlicy migdałków (*Krassman-Dmochowski*), a również zdanie innych, że gruźlica płuc zawsze idzie w parze z tonsillitis tuberculosa.

Wbrew twierdzeniu *Lermoye'z'a*, jakoby tonsillotomia w przypadkach ukrytej gruźlicy migdałków mogła pobudzić mechanicznie ukryte w bezczynnym stanie laseczniki do życia, autor uważa zmniejszenie migdałków w takich razach za konieczne, gdyż wczesny zabieg chirurgiczny łatwo może uchronić ustrój od możliwej następczej infekcyi, a usunięcie przeszkody w postaci powiększonych gruczołów w wysokim stopniu ułatwia dostęp tlenu, bez którego walka z gruźlicą staje się zupełnie bezowocną. Autor przytacza na poparcie swoich wywodów tablicę *Lichwita* i *Sabra* dotyczącą stanu krwi u dzieci oddychających i takich, którym przerost gruczołów wspomnianych zatamował oddychanie nosem. Różnice te są następujące:

	u pierwszych	u drugich
Czerwonych ciałek krwi	5.073.880	3.929.505
białych	8.490	9.487
hemoglobiny	82%	74%

leuk. neutrof. wielojądr.	73%	56.96%
leuk. jednojądr.	2,3%	3.33%
limfocytów	20,12%	29,11%
leukoc. eozynofil.	3.44%	9.99%

W 14 przypadkach usunięcia przeszkody krew unormowała się zupełnie.

Leon Zamenhof.

4. Prof. Max Wolff. **Perlica i gruźlica ludzka.** (Berliner klinische Wochenschrift № 46—1902).

Autor po raz drugi wspomina o dokonaniem przez niego doświadczeniu zaszczerpienia gruźlicy ludzkiej bydłu, usiłując obalić twierdzenie, wygłoszone przez Koch'a na ostatnim zjeździe gruźliczym odnośnie do tego przypadku i kwestyi zasadniczej o możliwości przeniesienia perlicy na ludzi i odwrotnie gruźlicy ludzkiej na bydło.

Przypadek ten po raz pierwszy był ogłoszony przed 3 miesiącami.¹⁾

Autor zaszczerpił cielęciu zarazek gruźlicy z osobnika dotkniętego pierwotną gruźlicą kiszek. Wyniki wypadły dodatnio. Sekcyja ustaliła liczne ogniska gruźlicze w różnych narządach; najstarsze ognisko znajdowało się w miejscu inokulacyi. Przypadek ten w najdrobniejszych szczegółach był jednocześnie obserwowany przez prof. Oster-ta g'a, który w zupełności potwierdził ścisłość przeprowadzonego doświadczenia Wolff'a, próbował z tego samego źródła zaszczerpić zarazki bydłu. Otrzymane przezeń wyniki wypadły na niekorzyść wywodów Wolff'a. Zarzucając z tego powodu doświadczeniom tym nieścisłość, wyraził się on: „si duo faciunt idem, non est idem“. Jednocześnie broniąc kwestyi zasadniczej o różności zarazki perlicy i gruźlicy ludzkiej, przytoczył on, jak wiadomo, szereg przeprowadzonych przez niego i Schüt-z'a doświadczeń nad zupełną odpornością bydła względem zaszczerpianych mu tylokrotnie laseczników ludzkiej gruźlicy i odwrotnie nad odpornością ustroju ludzkiego względem zarazki perlicy, którą w zupełności, zdaniem jego, potwierdzić może brak dowodów endemicznego zapadania ludzi na gruźlicę wskutek spożywania zakażonych zarazkami perlicy pokarmów. Wolff w ostatnim artykule powtarza najwybitniejsze szczegóły swego przypadku i opisuje dokładnie wyniki sekcyjne. Broniąc ścisłości swego doświadczenia, stara się on jednocześnie zupełnie obalić argumenty obronne Koch'a w kwestyi zasadniczej. Przedewszystkiem przytacza W. cały szereg autorów, których próby wypadły na niekorzyść twierdzeń Koch'a: Ravenel, Klebs, de Jong, Arloing, v. Behring, Orth, Schottelius, Thomassen, Fibigier i Jensen wykazali próbami zupełną możność przeniesienia zarazki ludzkiej gruźlicy na bydło. Jeżeli Koch'owi i Schüt-z'owi wiele prób wy-

¹⁾ Deutsche med. Woch. № 32—1902.

państwo ujemnie, to w tem, zdaniem autora, należy upatrywać inną przyczynę. Szereg wyczerpujących doświadczeń wykazał przecież, że zarazek perlicy posiada o wiele większą żywotność, niż zarazek gruźlicy ludzkiej, który, przewyższy tyle pokoleń w ustroju naszym, musiał w długotrwałej walce osłabnąć; nie więc dziwnego, że próby Koch'a, który używał do zaszczepienia bydła wyhodowanych prątków specyficznej gruźlicy ludzkiej, wypadły ujemnie, gdy obok doświadczenia wspomnianych wyżej autorów uwiecznione zostały wynikami dodatkami jedynie tylko dla tego, że źródła, z kąd oni czerpali zarazki gruźlicy ludzkiej, znajdowały się pierwotnie w kiszkaach, do których dostał się ten zarazek zapewne bezpośrednio drogą pokarmów, które zawierały zarazki perlicze.

Co zaś dotyczy drugiego punktu obrony Koch'a, jakoby brak dowodów endemicznego zapadania ludzi na gruźlicę wskutek żywienia się pokarmami zawierającymi zarazki perlicze miał potwierdzać odporność ustroju naszego względem wspomnianych zarazków, autor stara się wystąpić do walki, posilkując się orężem samego Koch'a, który w roku 1884, mówiąc o etyologii gruźlicy, wyraźnie wspomina, że sprawa udzielania się perlicy ludziom nie jest jeszcze stwierdzoną, gdyż dzięki przewlekłemu przebiegowi tej choroby trudno uchwycić okres i miejsce wtargnięcia podejrzanego zarazka, który obecność swoją w ustroju ludzkim objawia dopiero po upływie długiego czasu. Ta też przewlekłość choroby, twierdzi Wolff, obala zupełnie wartość argumentu Koch'a.

Leon Zamenhof.

5. E. v. Leyden i F. Blumenthal. **Vorläufige Mittheilung über einige Ergebnisse der Krebsforschung auf der I. medizinischen Klinik.** (Deut. Med. Woch. № 36. 1902).

Autorzy wycinali psom rakowatym guzy, rozdrabniali je, przeciszczały w stan płynny, następnie wstrzykiwali królikom pod skórę przez sześć tygodni surowicę otrzymaną z tych królików, leczono psa, u którego przy pomocy badania drobnowidzowego stwierdzono guz rakowaty.

Po kilkunastu wstrzykiwaniach w przeciągu kilku tygodni zauważono rozmięczenie guza. Wreszcie po pewnym czasie guz znikł zupełnie.

Następnie przygotowali autorzy ze świeżo wyluszczonego guza rakowatego przez roztarcie i wyciąg płyn (surowicę), który użyli do zastrzyknięcia innemu rakowatemu psu. Po dwumiesięcznej kuracji zauważyli autorowie, że część guza uległa rozmięczeniu i zmniejszyła się znacznie. Po upływie pięciu miesięcy pozostały jedynie resztki guza. Badanie drobnowidzowe wykazało, że był to epiteliomat.

Otrzymawszy zachęcające wyniki na zwierzętach, przeszli autorowie do doświadczeń na ludziach, dotkniętych rakiem. Do wstrzykiwań używano płynu, otrzymanego ze świeżych nowotworów, po poprzednim przekonaniu się o jego bezwzględnej nieszkodliwości dla zwierząt.

Pierwsze doświadczenia przekonały autorów, że wstrzykiwania te znoszą się doskonale i nigdy nie wywołują jakiegokolwiek zaburzeń. Do badań wybierano początkowo chorych z guzami nie kwalifikującymi się do zabiegów chirurgicznych, w większości tych przypadków nowa ta metoda nie powstrzymała dalszego rozwoju choroby oraz zejścia śmiertelnego. W dwóch przypadkach, które pomimo leczenia miały zejście niepomysłne, zdawało się autorom, że, chociaż w czasie kuracji guz nie zmniejszył się, nie znaleziono jednakże żadnych przerzutów, przytem gruczoly, sąsiadujące z guzem, wyczuwane poprzednio i nacieczone, znikły zupełnie. Na podstawie swych badań autorzy uważają ten kierunek terapii guzów za właściwy i zachęcają do dalszych prób.

H. Kucharzewski.

(Przypisek sprawozdawcy. Metoda podana przez Leyden'a i Blumenthala nie jest nową, jeszcze w 1895 r. podali ją Richet i Hericourt; u nas w Warszawie kol. Jerzy Bruner w 1896 r. próbował na kilku chorych rakowatych wpływu surowicy, w wyżej opisano sposób otrzymanej jednakże z wynikiem ujemnym).

6. Ernst Bendix. **Czy kwas moczowy posiada własności antyseptyczne?** (Zeitschrift für klinische Medicin. B. 44, H. 1. 2).

Już lekarzom starożytnym było wiadomem, że pewne choroby u ludzi dotkniętych dną przebiegają w sposób zupełnie odmienny, niż u ludzi zdrowych. James Moore utrzymywał w 1809 roku, że stawy ze złogami moczowymi posiadają w wysokim stopniu odporność względem różnych spraw miejscowych, a przedewszystkiem względem gruźlicy i ropienia. W rzadkich jednakże przypadkach zakażenia stawów nigdy, zdaniem tego autora, do ropnicy nie dochodzi.—Francuzcy autorowie: Musgrave, Morton, Pidaux, Lecorché utrzymują również, że gruźlica i dna w ustroju ludzkim antagonizują ze sobą. W przypadkach występowania gruźlicy u osób dną dotkniętych—sprawa gruźlicza, podług nich, zawsze posiada własności dobrotliwe. Spostrzeżenia powyższe naprowadziły niektórych autorów nowoczesnych na myśl o własnościach antyseptycznych kwasu moczowego. Aby przekonać się o słuszności tej hipotezy, autor przeprowadził w laboratorium prof. Minkowskiego po raz pierwszy szereg doświadczeń nad sprawnością antyseptyczną wspomnianego kwasu. W tym celu zaszczerpiał on zwykłą obojętną pożywkę bulionową zmieszaną ze znaczną ilością kwasu moczowego 24 godzinną hodowlą laseczników okrężnicy. Po upływie 6—8—24 godzin laseczniki rozwijały się w próbówce znakomicie, zupełnie na równi z próbkami bez tego kwasu.

Takie same wyniki otrzymane zostały po zaszczerpieniu laseczników duru brzuszego. Na rezultatach tych jednak autor nie chciał oprzeć swych ostatecznych wywodów i spróbował doświadczenia swe nieco zmodyfikować.—Ponieważ kwas moczowy w pożywce bulionowej rozpuszcza się w bardzo nieznacznym stopniu, co w pewnej mierze

ściśłości doświadczenia szkodzić może, dodawał on do pożywek moczianów sodu, którego rozpuszczalność w bulionie jest o wiele znaczniejszą. Na tych nowych podłożach zaszczipiane były czyste hodowle gronkowców i łańcuszkowców, a również i laseczników gruźlicy; wyniki okazały się zupełnie zgodne z poprzednio otrzymanymi.

Z doświadczeń swych autor dochodzi do wniosku, że hipoteza o własnościach antyseptycznych kwasu moczowego nie posiada żadnych podstaw słusznych. Ten pozorny antagonizm w naszym ustroju dny i gruźlicy słuszniej mówi, B., wytłómaczyć sobie tem, że podagra — Arthritis — dotyka zwykle tylko takich osobników, którzy dzięki warunkom higienicznym i konstytucjonalnym są bardziej odporni na gruźlicę, niż inni, warunków tych wyzbyci. Co zaś do odporności względem ropień miejscowych i ropniicy, zdaniem autora, można ją wyjaśnić warunkami mechanicznymi: obfite złogi w stawach w wysokim stopniu przeciwdziałają sprawie zaszczipienia i wessania się chorobotwórczych drobnoustrojów.

Leon Zamenhof.

7. F. Baudouin. **Nowy odczynnik na barwniki żółciowe moczu.** (La Semaine méd. N° 49—1902).

Wykrycie barwników żółci środkami, którymi posługuje się dziś klinika, należy do zabiegów dość trudnych i kłopotliwych. Najczęściej stosowany, sposób Gmelin'a posiada dużo warunków ujemnych. Przedewszystkiem, odczynowi temu przeszkadza w wielu przypadkach białko, które od zetknięcia się z kwasem azotowym wytwarza pierścień opalowy, w wysokim stopniu utrudniający reakcję charakterystyczną; z drugiej strony — indykan częstokroć tworząc z tym kwasem pierścień koloru niebieskiego, łącznie z żółtą barwą moczu przy świetle padającym daje wrażenie barwy zielonej, symulującej odczyn zwykły Gmelin'a. Zresztą i sam odczyn, pominiawszy małą czułość jego, jest bardzo krótkotrwałym, gdyż barwniki żółciowe, ulegając szybkiemu utlenieniu, powodują prędkie znikanie reakcyi.—Odczyn Heller'a wskutek swej słabej czułości wymaga zabiegu w postaci izolowania barwników żółciowych za pomocą chloroformu; warunek ten w znacznym stopniu utrudnia badanie kliniczne, które winno być wykonane drogą krótką i łatwą.

Autor podaje nowy sposób, w wysokim stopniu ułatwiający wykrycie omawianych barwników. Odczynnik, którym się posługuje on, jest zwykłą, znajdującą się w handlu, fuksyną, której rozczyń w zetknięciu z moczem żółciowym wywołuje, podług autora, zjawienie się ładnego zabarwienia żółto-oranżowego, wyraźnie odbijającego się od czerwono-fioletowej barwy fuksyny. Sposób postępowania jest następujący. Przygotowuje się rozczyń mianowany, zawierający 5 centgr. fuksyny w 100 wody dystylowanej. Następnie wypełnia się $\frac{1}{3}$ probówki podlegającym próbie moczem (poprzednio przesączonym) i jednocześnie dla sprawdzenia wyników przygotowuje się w drugiej probówce taką samą ilość wody dystylowanej. Dolawszy do każdej z tych probówek po 2 kropli odczynnika, porównywa się otrzymane zabarwienia,

jeżeli moczu posiada barwę bardzo ciemną, lepiej przed próbowaniem odczynu rozcieńczyć go wodą aż do zwykłej barwy moczu normalnego. Wyniki reakcyi tlómaczy autor w sposób następujący.

Bilirubina należy do kwasów słabych; znajduje się w moczu zwykle w połączeniu alkalicznem (bilirubinian sodu lub bilirubinian wapnia). Fuksyna zaś stanowi chlorkowodan rozaliny. Dwa te ciała w zespoleniu chemicznem tworzą, podług autora, chlorek sodu i bilirubinian rozaliny, który też daje wspomnianą barwę pomarańczową. Żeby przekonać się, że metachromoza ta jest zależną od bilirubiny, autor wydobywał ten barwnik z moczu za pomocą chloroformu, poprzednio odłączywszy go za pomocą kwasu octowego od sodu i wapnia; po wyparowaniu chloroformu on znowu dołączał rozczyńnu NaHO, aby powtórnie otrzymać związek bilirubinianu sodu. Charakterystyczna barwa żółto - pomarańczowa występowała zawsze wyraźnie. Aby upewnić się, że odczyn wspomniany zależny jest li tylko od bilirubiny, autor przeprowadził szereg doświadczeń nad moczem, pochodzącym od najróżnorodniejszych chorych. Wyniki wypadły na korzyść przypuszczeń autora. Wyłączną czułość odczynową fuksyny względem bilirubiny moczu B. tlómaczy tem, że wszystkie inne barwniki, jako to: urobilina, hydrobilirubina i indykan nie posiadają reakcyi kwaśnej, która jest własnością bilirubiny i która, zdaniem jego, jest konieczną do wystąpienia wspomnianego połączenia chemicznego.

Leon Zamenhof.

II. Choroby ukł. nerwowego.

8. Nowe spostrzeżenia D-ra Babińskiego.

Paryż w grudniu.

Dzięki uprzejmości D-ra Babińskiego, ordynatora na oddziale chorób nerwowych w szpitalu Pitié w Paryżu, miałem w ostatnich czasach możność być świadkiem poczynionych przez niego nowych spostrzeżeń, które rozbudziły ogólne zainteresowanie w paryzkim świecie lekarskim, chciałbym więc w krótkiej notatce zdać o nich sprawę. Jedno z tych spostrzeżeń posiada przedewszystkiem znaczenie dla specjalistów chorób usznych, nie jest jednak pozbawione praktycznego znaczenia i dla neuropatologów. Chodzi tu łowiem o tak zwany „vertige voltaïque“¹⁾, zjawisko polegające na tem, że podczas przechodzenia prądu galwanicznego przez głowę doznajemy między innymi uczucia zawrotu, głowa przytem nasza przechyla się pomimowoli w stronę bieguna dodatniego prądu. Zjawisko to opisane już było dawniej przez Brenner'a, Hitzig'a i Erb'a, nie posiadało jednak dotychczas praktycznego znaczenia; wywołać je można, umieszczając przewodniki prądu na skroniach badanego osobnika, lub w okolicy

¹⁾ De l'influence des lésions de l'appareil auditif sur le vertige voltaïque par M. J. Babiński; Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. Séance du 25 janvier 1901.

wyrostków sutkowych. Już w roku 1901, badając to zjawisko, Babiński spostrzegł, że u ludzi, dotkniętych cierpieniem narządu słuchowego, przedstawia się ono w postaci nieco odmiennej. A mianowicie, w przypadkach tych głowa osobnika badanego przechyla się najczęściej w stronę ucha cierpiącego bez względu na to, po której stronie znajduje się biegun dodatni prądu „vertige voltaïque unilaterale”, w razie zaś obustronnego cierpienia uszów następuje przechylenie głowy w stronę bardziej cierpiącego ucha, przechylenie w tył lub też zupełny brak przechylenia, przytem w razie znacznego osłabienia słuchu badany osobnik nie doznaje zawrotu głowy nawet przy prądach bardzo silnych, dochodzących do 10—12 M. A. Z dalszych badań¹⁾ okazało się, że w wyjątkowych przypadkach jednostronnego cierpienia ucha głowa chorego przy przepuszczaniu prądu przechyla się w stronę zdrowego ucha, że zjawisko przechylania się głowy w jedną stronę nie świadczy bynajmniej o poważnem cierpieniu narządu słuchowego, gdyż wywołać je można nawet u ludzi zdrowych, jeżeli podczas przepuszczania prądu galwanicznego przez głowę zaczniemy wywierać palcem ucisk na jeden z przewodów słuchowych, okazało się również, że niekiedy u osób cierpiących na uszy otrzymujemy na przemian jednostronne lub obustronne przechylenie głowy, a wreszcie, że przy poważnych cierpieniach labiryntu, połączonych z zupełną głuchotą daje się stale zauważyć większa wytrzymałość na prąd galwaniczny, tak, że nawet przy sile 15—20 M. A. chory nie doznaje zawrotu głowy i nie przechyla jej wcale lub też przechyla w tył. Ważniejsze jednak znaczenie posiada najnowsze spostrzeżenie Babińskiego w dziedzinie wyżej opisanych zjawisk.²⁾ Zauważył on już dawniej, że u osób, których płyn mózgo-rdzeniowy znajduje się w stanie wysokiego napięcia (w nowotworach jamy czaszkowej, zapaleniach opon mózgowych), wrażliwość na prąd galwaniczny bywa znacznie zmniejszoną i wzrasta po wypuszczeniu nieznacznej ilości płynu mózgo-rdzeniowego za pomocą przekłucia lędźwiowego, obecnie zaś zdołał on stwierdzić, że wrażliwość na prąd galwaniczny przepuszczany przez głowę wzrasta po przekłuciu lędźwiowem nawet u takich osobników, u których nie było objawów wzmózonego ciśnienia płynu mózgo-rdzeniowego. Naprowadziło go to na myśl stosowania przekłucia lędźwiowego jako środka leczniczego w przypadkach cierpienia uszów i wykonane dotychczas próby dały wynik zadowalniający, gdyż rzeczywiście po wypuszczeniu 2—3 ctm. sz. płynu za pomocą przekłucia lędźwiowego wzrastała u chorych wrażliwość na prąd galwaniczny i jednocześnie poprawiał się bardzo widocznie słuch i znikał przykry objaw szumu w uszach. O ile poprawa ta bywa trwałą, przyszłość dopiero pokaże, gdyż dotychczasowe obserwacje są zbyt świeże, ażeby

1) Sur la valeur séméologique des perturbations dans le vertige voltaïque, par J. Babiński; Comptes rendus de la Société de neurologie de Paris. Séance du 15 mai 1902.

2) De l'influence de la ponction lombaire sur le vertige voltaïque et sur certains troubles auriculaires par J. Babiński. Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hopitaux de Paris 13 novembre 1902.

na ich podstawie można było tę kwestyę rozstrzygać. W każdym jednak razie, spostrzeżenia B a b i ń s k i e g o posiadają dla neuropatologów ważne znaczenie dyagnostyczne, pozwalając odróżniać głuchotę, spowodowaną przez organiczne cierpienia, od głuchoty historycznej, przy której wpływ prądu galwanicznego na głowę nie bywa zmienionym.

Jednocześnie z powyżej opisanymi spostrzeżeniami poczynił B a b i ń s k i szereg innych aczkolwiek w innej zupełnie dziedzinie zjawisk, gdyż treść ich stanowi analiza zaburzeń w czynności ruchowej u osób dotkniętych cierpieniem mózdzka. Już w roku 1899 zaznaczył on,¹⁾ że zaburzenia ruchowe w cierpieniach mózdzka zależne są po części od utraty zdolności harmonijnego współdziałania mięśni tułowia i kończyn w skomplikowanych ruchach (asynergie *cérébelleuse*), tak np. przy akcie chodzenia tułów chorego nie wykonywa ruchów i pozostaje w tyle, podczas gdy kończyny dolne postępują naprzód. Dalsze badania B a b i ń s k i e g o w tym kierunku dały mu możność poczynienia nowych spostrzeżeń²⁾. Zaznaczył on, że w zjawisku zachowania równowagi w aktach zależnych od woli rozróżnić się dają dwie kategorie: zachowanie równowagi przy ruchach dowolnych „*équilibre volitionnel cinétique*“ oraz zachowanie równowagi przy dowolnych położeniach „*équilibre volitionnel statique*“. Otóż, ludzie dotknięci cierpieniem mózdzka, tracąc zupełnie możność zachowania równowagi przy ruchach, zachowują doskonale równowagę w położeniach dowolnych, a nawet posiadają tę zdolność w wyższym stopniu, aniżeli ludzie zdrowi, gdyż są w stanie zachować bez objawów zmęczenia raz przyjęte położenie daleko dłużej, aniżeli ludzie zdrowi. Jest to zjawisko przypominające objawy kataleptyczne. Tak n. p., jeżeli każemy choremu dotkniętemu cierpieniem mózdzkowym położyć się na wznak i podnieść w górę rozstawione i zgięte nieco w kolanach kończyny dolne, będzie on miał pewne trudności przy wykonaniu ruchów potrzebnych do osiągnięcia tego położenia, lecz, osiągnawszy je, wytrwa w niem nieruchomie przez długi przeciąg czasu, w mięśniach podniesionych kończyn jego nie zauważymy przytem żadnych drobnych drgań, które występują u człowieka zdrowego wkrótce po przyjęciu takiegoż położenia. Różnica ta uwydatnioną została dokładnie przez szereg badań wykonanych za pomocą myografu. Interesujące również wyniki dała B a b i ń s k i e m u głębsza analiza zaburzeń ruchowych przy cierpieniach mózdzka. Okazało się bowiem, że chorzy dotknięci podobnem cierpieniem zachowują zupełnie możność wykonywania ruchów prostych w pewnym określonym kierunku, zdolni są oni wykonać pojedyncze ruchy proste szybko i sprawnie (n. p. zginanie i wyprostowywanie kończyn, supinacya i pronacya przedramienia), lecz, jeżeli każemy wykonać im szereg następujących szybko po sobie ruchów

1) De l'asynergie *cérébelleuse*, par J. B a b i ń s k i. *Revue Neurologique* 1899, p. 806.

2) De l'*équilibre volitionnel statique* et de l'*équilibre volitionnel cinétique*, par J. B a b i ń s k i. *Comptes rendus de la société de neurologie de Paris*. Séance du 15 mai 1902.

(n. p. szereg następujących po sobie pronacy i supinacy przedramienia), w tej chwili wystąpią zaburzenia, polegające głównie na powolności tych ruchów. Zaburzenia te zależą, według zdania Babińskiego, od tego, że chorzy utracili możliwość natychmiastowego wstrzymywania swych ruchów i szybkiego zmieniania ich kierunku. Fakt ten tłumaczy nam zaburzenia występujące u tych chorych przy aktach ruchowych bardziej skomplikowanych. Tak więc, niemożność utrzymania równowagi przy chodzeniu zależy od tego, że chory nie jest w stanie wstrzymywać natychmiast i zmieniać kierunku swych ruchów, czego wymaga ciągle zmiana punktu ciężkości ciała przy akcie chodzenia, tem samem da się wytłumaczyć charakter specjalny pisma tych chorych; litery, napisane przez nich, składają się z pojedynczych kresek i nie mają tego zaokrąglenia, które wymaga ciągłej zmiany kierunku ruchów pióra, to samo, wreszcie, tłumaczenie znajduje zaburzenie w ich mowie, która bywa skandowana, gdyż chory nie jest w stanie szybko wstrzymywać i zmieniać kierunku ruchów mięśni potrzebnych przy wymawianiu pojedynczych dźwięków. Powyżej opisane zjawiska demonstrował Babiński na szeregu chorych cierpiących na nowotwory mózdzku lub rozsiane stwardnienie, przyczem, naturalnie, do badań tych nadawali się tylko ci, którzy w zupełności zachowali siłę mięśniową.

Pomijając ważne znaczenie fizyologiczne powyższych spostrzeżeń, wskazujących na rolę mózdzku w akcie ruchowym, chciałbym uwidatnić ich znaczenie praktyczne. Pozwalają one bowiem ściśle odróżniać tak zwaną ataksję mózdzkową od ataksyi tabetycznej, gdyż przy niej szereg następujących szybko po sobie ruchów prostych może być wykonany bez żadnej trudności (n. p. szereg supinacy i pronacy przedramienia), równowaga zaś położenia bywa u tabetyków zupełnie zniesioną, a nawet wcześniej, aniżeli równowaga ruchów, o czem świadczy to, że objaw Romberga bywa u nich jedną z wcześniejszych oznak cierpienia.

J. Koelichen.

III. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 28 października 1902 r.

J. Feliks Malinowski przedstawił dwie chore z oddziału dr. Kozerskiego. U jednej na wierzchołku nosa z prawej strony widać owrzodzenie, którego brzegi są nierówne, podminowane, wałkowane, bladoczerwone, dość miękkie. 3 tygodnie temu brzegi owrzodzenia przedstawiały wałek grubszy, koloru czerwono-fioletowego, usiany drobnymi guzikami. Pod wpływem swoistej kuracyi (KJ, empl. ciner.) nastąpiła znaczna poprawa, lecz od tygodnia gojenie nie posuwa się naprzód. M. wyklucza lues także ze względu na wygląd zbrgów; usuwa dalej myśl z tych samych względów o ulcus indura-

tum, epithelioma i lupus vulgaris (przeciwko ostatniemu rozpoznaniu przemawia również zniknięcie guzików pod wpływem hydrargyri). Wygląd brzegów najbardziej przemawia za *ulceratio tuberculosa*.

U drugiej chorej—owrządzenie na tylnej ścianie lewego otworu nosowego, a oprócz tego nad lewą linea naso—labialis nacieczenie, chęlboczące, wielkości jaja gołębiego. Pierwsze uważa M., za *tuberculosis ulcerosa*, drugie—za *tuberculosis gummosa*. Na palcach u nóg u tego samego osobnika typowy *lupus vulgaris serpiginosus*.

II. Czesław Stankiewicz przedstawia:

1) pacjentkę, 27-letnią pannę, która od 8-go roku życia cierpiała na wypadnięcie prostnicy. S. dokonał na niej operacji przyszycia kiszki esowatej do rany powłok brzusznych (*colopexis*) z doskonałym wynikiem.

2) pacjentkę, u której drogą cięcia brzuszno usunął guz zaotrzewnowy wagi 30¹/₂ funta i jednocześnie dokonał rezekcji 37 cm. okrężnicy, która przy wyluszczeniu guza została pozbawioną krezki. Guz przedstawia się histologicznie jako myxoma (prof. Przewoski, dr Dmochowski). Jako punkt wyjścia nowotworu uważać należy tkankę łączną zaotrzewnową. Cała kazuistyka guzów zaotrzewnowych, wyjąwszy torbiele, liczy nie więcej nad 3 spostrzeżenia.

3) gorset brzuszny pomysłu dr. Weinholda, w całości wykonany z plastra lepkiego; ma on w zupełności zapobiegać rozciąganiu się blizny brzusznej.

III. Inżynier Emil Sokal wygłosił odczyt p. t. „O uzdrowotnieniu Pragi“.

Posiedzenie d. 4 listopada 1902 r.

I. Feliks Malinowski przedstawił 2 chore z oddziału Kozerskiego.

Pierwsza chora przed 6 tygodniami, kiedy M. widział ją po raz pierwszy, miała typową obfitą wysypkę—lichen ruber planus squamosus. Pod wpływem arseniku, przyjmowanego do wewnątrz, wysypka ta po kilku tygodniach się wessała, pozostały jednak wykwity, swoistej natury, które M. uważa za chorobę nadzwyczaj rzadką—*lichen variegatus*.

Druga chora, przedstawiona przez M., miała na twarzy *gumma serpiginosum*, godne uwagi ze względu na bardzo duży obszar, jaki zajmuje.

II. Kozerski przedstawił przypadek *lichen ruber accuminatus*, dotyczący 30-kilkoletniego mężczyzny, który przed 6-u laty cierpiał w przeciągu roku na zaburzenia w narządach trawienia, usunięte przy pomocy płukan żołądka. W kwietniu r. b., podczas pobytu w Stanach Zjednoczonych, zapadł powtórnie na zaburzenia w trawieniu, poczem wystąpiło silne zaczerwienienie twarzy z następczym łuszczeniem. Rozpoznao ekzemę. Przed 2-ma miesiącami był u prof. Caspariego w Królewcu, gdzie po raz pierwszy zaczęto stosować arsenik w postaci pigułek azjatyckich. Po powrocie do domu, zaczął

stosować jakąś maść, w której skład wchodziły; proch, siarka, tytoń i tłuszcz, poczem choroba szybko zaczęła się wzmacniać zarówno co do rozległości, jak i pod względem natężenia. *Stan obecny.* Tułów cały powyżej pasa, ramiona i górna część przedniej powierzchni przedramion pokryte są gęsto bardzo drobnymi, bardzo twardymi, stożkowatymi guzikami z okrągłą białą łuszczką na wierzchołku; najwięcej jest ich naokoło pasa i w okolicach łopatek.

Rozpoznanie *lichen ruber accuminatus* czyli *pityriasis rubra pilaris* nie ulega wątpliwości. Są to przypadki nadzwyczaj rzadkie; Hebra uważał je za nieuleczalne; obecnie notują wyleczenia arsenikiem. W tej nadziei K. stosuje u chorego swego codzienne podskórne wstrzykiwania natrii cacodylici.

•III. *Steinhaus* przedstawił narządy wewnętrzne 24-letniego mężczyzny, który zmarł z objawami nowotworu płuc i opłucny (na oddziale *Kleina*). Od dzieciństwa miał on guzik, wielkości śliwki, na prawem przedramieniu. W ciągu ostatnich kilku miesięcy guzik ten zaczął szybko rosnąć i doszedł do wielkości wielkiej gruszki. Sekcya wykazała, że guz ten wyrósł w tkance międzymięśniowej i nie był zrosnięty ani z kością, ani ze skórą. Opłucna była z obydwu stron usiana masą guzów najdrobniejszych aż do dużych, wielkości pomarańczy. Płuca również zawierały niezliczoną ilość guzków, przeważnie drobniejszych; dolny płat prawego płuca zrosnięty był z opłucną i z przeponą i przekształcony w jednolitą masę nowotworową. Na osierdziu pomiędzy prawą komórką a prawym przedsionkiem znajdował się guz, wielkości wiśni, a tuż obok niego drugi, wielkości grochu. Lewe nadnercze było zmienione w jednolitą masę nowotworową, nie zrosniętą z nerką. Pojedyncze guzy, wielkości jabłka, przyrosnięte były do colon transversum i do cienkiej kiszki w okolicy jej przejścia w kiszkę grubą. Gruczoły pachowe z prawej strony twarde, duże.

Wszystkie narządy anemiczne.

Badanie drobnowidzowe guza pierwotnego na przedramieniu i wszystkich przerzutów wykazało wszędzie jednakową budowę mięsاکową (*sarcoma fusocellulare perivasculara*). Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na dziwne umiejscowienie przerzutów.

IV. *Kopeczyński* Stanisław przedstawił chorego z *wielogniskowem cierpieniem mózgu w następstwie urazu*.

Chory, lat 18, murarz i ptasznik, zgłosił się do K. ze skargą na utrudnienie w mowie i poruszania palcami prawej ręki. Pochodzi z rodziny zdrowej, chorobami nerwowymi nie obciążonej. Syfilisu i innych chorób zakaźnych nie przechodził, a napojów wysokowych używał umiarkowanie.

W lutym r. b., będąc w stanie pijanym, został pobity butelkami w głowę tak silnie, że stracił przytomność. Wezwany felczer zastrzyknął mu taką dawkę morfiny, że chory spał bez przerwy 3 dni. Na 4-ty dzień matka odwiozła go do szpitala św. Rocha, gdzie chory przeleżał 6 tygodni z rozpoznaniem *neurosis traumatica*. Przez 2¹/₂ tygodnia notowano ciągłą senność, wybitne zwięzienie żrenic, słabe tętno; uciekano się do środków podniecających. Po 6 tygodniach chory wypisał

się ze szpitala i w kilka dni później chory, jak twierdzi, nagle wieczorem zauważył, że język mu się podwija; że nie może dobrze otwierać ust, że mowa jego znacznie się zmieniła. Równocześnie zauważył, że w lewym oku z lewej strony zasłania mu. Mimo to chory przez 4 miesiące (do września) pracował dalej, jako murarz. W pierwszych dniach września zauważył, że palce u prawej ręki poczynają mu sztywnieć i że prawa noga wydaje mu się jakoś nieco cięższą. Z temi skargami wstąpił ponownie do szpitala św. Rocha, gdzie leżał 3 tygodnie z rozpoznaniem *hysteria*. Badanie przedmiotowe wykazało zmiany następujące: 1) upośledzenie mimiki, 2) lekki niedowład prawostronny z lekkim zajęciem dolnej gałązki nerwu twarzowego i z wyraźnym porażeniem rozginaczy prawej kiści; 3) hemianopsję lewostronną jednoimienną, 4) zaburzenia w ruchach gałek ocznych pod postacią ruchów skokowych (*sprungweise*), 5) lekkie przekrwienie wewnętrznych części tarcz nerwu wzrokowego. Fakty te zmuszają do przyjęcia cierpienia wielogniskowego mózgu w następstwie urazu.

Jakiego charakteru jest to cierpienie w danym przypadku—orzec trudno. Najprawdopodobniej mamy tu do czynienia z rozwijającą się czy to w następstwie wybroczyn krwawych, czy ognisk rozmiękczenia, czy rozsianego zwyrodnienia myeliny—sklerozę. Takich ognisk musimy tu przyjąć przynajmniej 3: jedno—w thalamus opticus (upośledzenie ruchów mimicznych), *drugie* w zrazie potylicznym prawym na drodze prawego szlaku wzrokowego (*tractus opticus*), *trzecie* w lewym płacie ciemieniowo-czołowym w istocie białej na przebiegu dróg piramidalnych, jeszcze w zbity pęczek nie połączonych.

Związek stwardnienia wielogniskowego z urazem jest wielokrotnie stwierdzonym faktem (Leube, Mendel, Oppenheim).

D-r Goldflam po zbadaniu tego chorego orzekł, że przychyła się również na stronę *sclerosis multiplex*, zaś d-r Flata u utrzymuje, że prawdopodobnie mamy tu do czynienia z *encephalitis haemorrhagica* z zejściem w *sclerosis multiplex*.

W dyskusji nad demonstracją Kopeczyńskiego Wolberg podnosi etiologię danego przypadku i przypuszcza, że stan opisany mogło wywołać chroniczne zatrucie alkoholem; alkoholizm możnaby uważać tutaj, zdaniem W., za przyczynę współrzedną z urazem.

Piltz sądzi, że dla rozpoznania *sclerosis multiplex* brak 3-ech objawów: wzmożenia odruchów, nystagmus, drżenia zamiarowego. P. skłaniałby się raczej ku przypuszczalnemu rozpoznaniu cierpienia jednoogniskowego, umiejscowionego w thalamus opticus sinister z przerozami w capsula interna.

Kopeczyński odpowiada Wolbergowi, że nadużywanie alkoholu w tak młodym wieku nie mogło by dać podobnego wielogniskowego cierpienia.

Piltzowi K. odpowiada, że przeciwko przypuszczeniu jednego ogniska we wzgórku wzrokowym przemawia: 1) brak hemianoptycznego oddziaływania źrenic (Monakow), 2) brak cięższych objawów mózgowych, które wystąpiłyby przy tak dużym ognisku, wywołującym naraz tyle objawów.

Flatau zwraca się również przeciwko twierdzeniu Piltza. Ognisko w lewym wzgórzu wzrokowym wywołałoby wraz z *hemiparesis dextra* hemianopsję *prawostronną*, nie zaś *lewostronną*, jak to ma miejsce w danym przypadku. F. uważa rozpoznanie sclerosis za najbardziej prawdopodobne i twierdzi, że ani połowiczność objawów, ani też brak nystagmus lub wzmózonych odruchów przeciwko temu rozpoznaniu nie przemawiają. Ruchy skokowe oczu zresztą można uważać za mniejszy stopień nystagmus. Być może, że na skutek urazu powstały rozsiane ogniska zapalne (poliencephalitis), z których następnie rozwinąć się mogą ogniska stwardniałe.

V. Stanisław Orłowski odczytał część I-szą swej pracy p. t. „O hypnozyzmie leczniczym“, którą drukowała w r. z. „Kronika“.

M. Bornstein.

IV. BIBLIOGRAFIA.

D-r Wacław Męczkowski. **O udawaniu (symulacji) objawów nerwowych oraz kilka uwag o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach cierpień urazowych.** 8^o, str. 178, Warszawa, 1903, Cena rb. 1.

Nauka o wypadkach nieszczęśliwych, t. zw. Unfallheilkunde, przybrała zagranicą, szczególnie, w Niemczech, rozmiary olbrzymie. Zjawiają się tam wielkie monografie (Schuster'a, Sachs'a — Freund'a i in.), wychodzą specjalne czasopisma, poświęcone temu przedmiotowi. U nas liczba prac odnośnych jest nadzwyczajnie skąpa, — a tymczasem sądzić należy, że z rozwojem stosunków ekonomicznych, ten dział medycyny nabierze bezwątpienia pierwszorzędного znaczenia. Z tego też względu zjawienie się obszernej pracy M. powitać należy przedewszystkiem z tego społecznego punktu widzenia. Książka tego rodzaju jest wprost niezbędną dla lekarzy praktyków, szczególnie zaś dla tych, którzy zajmują posady odpowiedzialne na kolejach lub w fabrykach. Materiał swej pracy dzieli M. na dwa działy, a mianowicie 1) na wstęp, w którym omawia ogólny plan badania chorych pourazowych, zależność cierpienia od urazu, zdolność do pracy, świadectwa lekarskie i 2) na część szczegółową, w której podaje symptomatologię cierpień urazowych i omawia ich udawanie.

We wstępie znajdujemy uwagi ogólne autora, dotyczące stanowiska, jakie lekarz biegły zająć winien wobec chorego pourazowego. M. zaznacza, że zachowanie bezstronności bezwzględnej jest tutaj niezmiernie trudne i że często trzeba czuwać nad sobą, aby pozostać obiektywnym i tłumić w sobie pobudki uboczne na korzyść lub niekorzyść chorego. To odszukiwanie i stwierdzanie prawdy co do istotnego stanu chorego jest tylko wtedy możliwe, gdy lekarz-biegły jest obeznany z objawami cierpień urazowych i ze sposobami ich odróżniania od objawów udawanych. We wstępie M. podaje ogólny

plan, jakiego lekarz-biegły winien się trzymać przy badaniu chorych pourazowych. Plan badania, podany według Goldscheidera, uwzględnia całą organizację nerwową osobnika. M. słusznie zaznacza, że badanie uszkodzonego dokonywane być powinno jaknajwcześniej po wypadku. We wstępie znajdujemy również doskonałe wzory, których lekarz-biegły może się trzymać przy pisaniu odpowiednich świadectw. Wielkie trudności napotyka lekarz-biegły przy określaniu t. zw. % niezdolności do pracy. Wszelkie taryfy, określane przez rozmaite towarzystwa ubezpieczeniowe, nie osiągają celu, ponieważ ta niezdolność do pracy winna być roztrząsana w każdym poszczególnym przypadku. (Jak słusznie zaznacza autor, utrata jednego palca u robotnika zaledwie nieznacznie zmniejsza produktywność jego pracy, gdy muzyka lub rzeźbiarz może zupełnie pozbawić chleba).

W części szczegółowej znajdujemy na początku uwagi ogólne o udawaniu choroby. M. podziela tutaj zdanie większości lekarzy specjalistów, że względnie rzadko chory pourazowy udaje całą chorobę, że natomiast jest rzeczą częstą, że człowiek dotknięty nerwicą lub wogóle cierpieniem urazowym udaje niektóre objawy (wpływ idei pożądlivosti). Jeszcze częstszym jest powiększanie, czyli t. zw. agrawacja objawów chorobowych. Zupełnie jednak słusznie podkreśla autor ten fakt, że analogiczną dążność do prawdy napotykamy również w neurastenii, hysterii i że więc ową agrawację należy rozpatrywać z tego punktu widzenia. Przesada owa nie jest udawaniem choroby. Zasadniczą cechą udawania stanowi świadomość oszustwa. W dalszym ciągu swej pracy M. podaje opis poszczególnych objawów, omawia więc objawy psychiczne, padaczkę, zawroty głowy, objawy wzrokowe, słuchowe, smakowe i węchowe, objawy czuciowe i ruchowe. Opis tych objawów jest jasny i zwięzły.

W końcu książki znajdujemy kilka kartek, poświęconych sposobowi, w jaki postępować należy z symulantami oraz z chorymi dotkniętymi nerwicą urazową. Postępowanie to bywa często bardzo trudne i wymaga ze strony lekarza-biegłego nie tylko znajomości rzeczy, lecz i wielkiego taktu i oryentowania się w osobowości badanego. W niektórych przypadkach M. zaleca sposób, uprawiany przez Bruns'a, a mianowicie daje do zrozumienia symulantowi, że udawanie jego wykrył, lecz nie oświadcza mu tego wprost, a zaznacza, że będzie go leczył i że po paru dniach badany będzie zdrow. Symulant często się na to godzi. W postępowaniu z chorymi urazowymi M. zaleca jaknajszybsze polubowne regulowanie rachunku, gdyż ten sposób jest najkorzystniejszy zarówno dla uszkodzonego, jak i dla pracodawcy.

Ze szkicu powyższego widzimy, że M. ujął olbrzymi materiał faktyczny w formę zupełnie naukową, a zarazem bardzo praktyczną. Lekarz-praktyk może się z łatwością oryentować, zarówno w sposobie badania całego układu nerwowego, jak i poszczególnych objawów, kwestyonowanych u danego osobnika. W przytoczonych schematach świadectw znajdzie wzory dla swych własnych orzeczeń. Podkreśliśmy jeszcze następujący rys, znamionujący całą tę pracę. Autor,

opisując objawy nerwicy urazowej, lub czyniąc uwagi o chorych porazowych, nie wpada nigdy, ani w stan sentymentalnego rozrzewnienia, ani też nie hołduje drugiemu skrajnemu kierunkowi, który Niemcy barwnie określili jako Simulationsjäger. Czytelnik jest ciągle pod tem wrażeniem, że ma przed sobą lekarza-biegłego, który pragnie dotrzeć do jądra prawdy bezwzględnej, lecz pozostaje przytem człowiekiem współczującym niedoli ludzkiej. Książka kol. Mężkowskiego posiada więc znaczenie, zarówno naukowo-lekarskie, jak i społeczne. Gorąco polecamy ją kolegom. *E. Flatau.*

V. Narady Towarzystwa Hygienicznego w sprawie zdrowotności mniejszych miast i wsi.

Narady w sprawie higieny mniejszych miast i wsi odbędą się w ciągu czterech dni od poniedziałku 27 kwietnia do czwartku 30 kwietnia włącznie. Członkowie Towarzystwa, życzący sobie wziąć udział w naradach winni zgłosić się do Towarzystwa bezwarunkowo przed d. 1-ym lutego r. b. Przytem zgłaszający się z referatami winni nadesłać streszczenia tychże lub rękopis w całości przed dniem 15-ym marca.

Materyał podzielony będzie na grupy następujące:

- 1) Zaopatrzenie miast i wsi w wodę dobrą oraz asenizacya miast i wsi w ogóle. Oświetlenie, bruki, oczyszczenie ulic i domów.
- 2) Budowa domów w miasteczkach oraz chat włościańskich.
- 3) Budowa szkół miejskich, szpitali, rzeźni i t. p.
- 4) Zapobieganie chorobom zakaźnym i w szczególności szczepienia ochronne.
- 5) Pomoc lecznicza, położnictwo i szpitalnictwo.
- 6) Kąpiele ludowe, ochronki, ćwiczenia fizyczne i zabawy dziecięce.
- 7) Żywienie i odzież ludu.
- 8) Środki materyalne ku uzdrowotnieniu mniejszych miast i wsi.
- 9) Statystyka sanitarna.

Pierwsze zebranie odbędzie się w poniedziałek 27 kwietnia o godzinie 11-ej rano w sali posiedzeń Towarzystwa (Krakowskie-Przedmieście 66). Na posiedzeniu tem po zagajeniu i skreśleniu ogólnego planu obrad przez posiedzenie Towarzystwa dr. Kazimierz Chełchowski odczyta referat o zadaniach wydziału higieny ludowej oraz nastąpi wybór delegacyi do rozpatrzenia sprawy środków materyalnych dla uzdrowotnienia mniejszych miast i wsi.

Następne narady odbywać się będą codziennie w lokalu Towarzystwa Hygienicznego oraz w udzielonych przez p. prezydenta miasta pomieszczeniach Magistratu.

Plan szczegółowy posiedzeń ogłoszony zostanie po zamknięciu zgłoszeń.

Tematy uchwalono następujące:

1) Sformułowanie najpilniejszych potrzeb miast mniejszych i wsi pod względem urządzeń sanitarnych i utrzymania porządku sanitarnego oraz warunki finansowe załatwienie tych potrzeb.

2) Główne postulaty odnośnie do budownictwa w małych miastach.

3) Budowa chat włościańskich: a) rozkład budowli i b) materiały.

Uwaga. Taniosc budowli i możność jej wznoszenia bez pomocy bardziej wykwalifikowanych rzemieślników winna być uwzględniona.

4) Jakie rodzaje wody do picia najbardziej odpowiadać mogą potrzebom miast mniejszych i wsi oraz jakie systemy asenizacji: a) kanalizacja całkowita lub częściowa, b) doły kloacze i kubły, c) system torfowy, d) oczyszczenie ścieków.

5) Usuwanie, niszczenie lub spożytkowywanie odpadków i śmieci.

6) Nadzór sanitarny i opieka sanitarna obywatelska.

7) Jaki system badania produktów spożywczych dla celów nadzoru sanitarnego byłby najodpowiedniejszy: a) pracownie urzędowe w miastach gubernialnych i innych, b) pracownie przy aptekach, c) nadzór na targach.

8) Typ małego szpitala wiejskiego.

9) Typ urządzenia szkoły wiejskiej.

10) Jaki rodzaj kąpieli pożądany jest w małych miastach i wsiach: a) łaźnia, b) natryski, c) baseny, wanny i typ mieszany.

11) Środki rozpowszechniania kąpieli ludowych.

12) Pomoc lecznicza, zwłaszcza szpitalna.

13) Sposoby polepszenia pomocy położniczej w miasteczkach i wsiach.

14) Rozpowszechnianie szczepienia; zapewnienie personelu i materii szczepiennej.

15) Najprostsze sposoby dezynfekcyi w małych miastach i wsiach.

W okresie trwania obrad wszyscy członkowie Towarzystwa Hygienicznego będą mogli zwiedzać bezpłatnie wystawę higienicznodydaktyczną, która urządzoną będzie w salach Magistratu: Aleksandryjskiej i hr. Berga.

Program wystawy:

1. Przyrządy do badania produktów spożywczych. Okazy zafałszowań bardziej rozpowszechnione. Poglądowe przedstawienie norm żywienia oraz składu produktów spożywczych. Przyrządy do sztucznego karmienia niemowląt i t. p.

2. Plany i modele budowli wiejskich. Tanie materiały budowlane i sposoby rozpoznawania ich dobroci. Plany i modele domów dla klas ubogich. Plany i modele kąpieli ludowych, szpitali i szkół wiejskich i t. p.

3. Ławki szkolne i inne sprzęty dla szkół.

4. Plany i modele kanalizacyi miast mniejszych. Przyrządy

i materiały do assenizacji miast i wsi. Proste przyrządy dezynfekcyjne. Wzory mebli szpitalnych i t. p.

5. Tablice statystyczne dotyczące ruchu ludności, chorób i śmiertelności.

Uwaga. Wystawcom nagrody nie będą udzielane lecz wydawać się będą zaświadczenia, polecające eksponaty ze stanowiska higienicznego.

Oprócz Wystawy do zwiedzenia, za pozwoleniem zwierzchności zakładów (o co Rada Towarzystwa się postara) poleca się:

- 1) Urządzenia kanalizacji i wodociągów.
 - 2) Szpital Dzieciątka Jezus.
 - 3) Szpital żydowski. Szpital na Pradze.
 - 4) Nowe halle targowe.
 - 5) Domy dla robotników im. Wawelbergów.
 - 6) Urządzenia hotelu Bristol.
 - 7) System przelewny usuwania nieczystości (w szpitalu Drogi Nadwiślańskiej).
 - 8) Kąpiele ludowe na Pradze.
 - 9) Przytulki noclegowe i kuchnie ruchome.
 - 10) Zabawy dziecięce im. W. E. Raua.
 - 11) Zakłady szczepienia ospy.
 - 12) Urządzenia sanitarne politechniki.
 - 13) Zakład D-ra Palmirskiego (szczepienia ochronne według metody Pasteur'a oraz przygotowywanie surowic przeciwbłoniczej i innych).
 - 14) Pogotowie ratunkowe.
 - 15) Szkoły: Tołwińskiej, Rontalera, Kupców i t. p.
- Korespondencyę adresować należy do kasy Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego (66, Krak.-Przedmieście w Warszawie).

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1 stycznia 1903 r.

—z— Gubernia radomska pozyskała w dniu 13-ym grudnia r. z. Towarzystwo Lekarskie. Zadaniem Towarzystwa, według brzmienia ustawy, przez p. ministra spraw wewnętrznych pod datą 15 czerwca r. b. zatwierdzonej, będzie przede wszystkim zbadanie gub. radomskiej pod względem sanitarnym, oraz opracowanie topografii lekarskiej i mapy zdrowotności; zbadanie warunków powstawania i rozwoju chorób ludzi i zwierząt, wynalezienie środków zapobiegania tym chorobom lub ograniczenia ich rozszerzania się, opracowywanie naukowe statystyki chorób i śmiertelności, współdziałanie administracyi miejscowej w organizowaniu działalności leczniczej w gub. radomskiej, urządzenie od-

czytów i wydawnictwo popularnych broszurek w kwestyach higieny, usuwanie zabobonów i przesądów, walka ze znachorstwem, urządzenie klinik, udzielanie chorym pomocy terapeutycznej lub chirurgicznej, dalej zaś wzajemne zawiadamianie się o charakterze i przebiegu panujących chorób oraz o najpomyślniejszym sposobie ich leczenia, o wybitniejszych rękoczynach chirurgicznych, o odkryciach w nauce medycyny i nauk przyrodniczych, zwłaszcza w zastosowaniu do medycyny praktycznej, wreszcie osobiste, ściślejsze zbliżenie się ze sobą członków stowarzyszenia dla podtrzymania zgody i wzajemnego działania w celach pożytku dla nauki i zdrowia publicznego.

Na zebraniu wyborem przewodniczył kol. Jul. Majkowski, powoławszy na asesorów: W. Glibowskiego, P. Janasiewicza, L. Lubodzieckiego, K. Marksa i F. Zbrożka, oraz mag. farm. K. Ungra, a na sekretarza kol. W. Cennera, stwierdziwszy obecność 46 członków rzeczywistych i 1 protektora. Głosowanie za pomocą kartek dało następujący rezultat:

Powołano: kol. Jul. Majkowskiego na prezesa, kol. Fr. Kosickiego na wiceprezesa, kol. H. Fidlera i J. Przychodzkiego na członków zarządu, kol. W. Cennera na sekretarza, kol. Ant. Szczepaniaka na skarbnika i kol. Józ. Kondratowicza na bibliotekarza.

Na członków komisji rewizyjnej wybrano kol. Zym. Płużańskiego, Ludw. Żerańskiego i mag. farm. Fel. Łagodzińskiego.

—z— Delegatem Kroniki na zjeździe międzynarodowym w Kairze będzie dr. Felicja Mendelsohn.

—z— W z. XX Kroniki umieściliśmy streszczenie p. n. „Nowy sposób leczenia rzeżączki“ z pracy d-ra A. Markusa. Zainteresowany nim sprawozdawca kol. Kurella chciał zasięgnąć wiadomości od autora w kwestyi bliższego wyjaśnienia, które autor zapowiadał. Mimo kilkakrotne odezwy nie otrzymał odpowiedzi, aż dowiedział się od jednego z kol. monachijskich, że pan ów żadnej metody nie próbował, a cały artykuł pisany jest jedynie dla rozgłosu. Warto by, aby specjalne pisma lekarskie zagraniczne zachowywały większą ostrożność w umieszczaniu artykułów autorów nieznanych.

—z— Do osady Iwanisko, gub. Radomskiej, p. Opatowskiego, liczącej 3064 mieszkańców, z ludną okolicą, potrzebny jest lekarz. Subsydium rubli 200 rocznie. Szczegółowe informacye w miejscowej aptece.

—w— Kol. Michał Sadowski, dotychczasowy ordynator szpitala Dzieciątka Jezus i redaktor „Medycyny“, mianowany został naczelnym lekarzem szpitala Wolskiego na miejsce kol. Feliksa Sommera, który przedstawiony został na lekarza naczelnego szpitala św. Stanisława na Woli (zapasowego).

Z M A R L I.

D-r Feliks Piotrowski, b. ordynator kliniki terapeutycznej przy szpitalu D-ka Jezus, dnia 25 grudnia r. z. w Dobrzelinie (gub. Warszawskiej), w wieku lat 33.

Do zeszytu niniejszego dołączamy *zapowiedź*
„Biblioteki lekarskiej“.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.
Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 18 Декабря 1902 г.