

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *D-r L. Rzeczniewski*. Podstawy psychofizyologicznej teorii histeryi (c. d.)—str. 593.

II. **Dział sprawozdawczy:** I. *Choroby wewnętrzne*. 312. *Dorn*. Działanie ichtyolidyny na kwas moczowy w ustroju—str. 601. 313. *Senator*. Rozpoznawanie chorób i działalności nerek—601. 314. *Oliveira*. Dychawica jako objaw dodatkowy w grypie—str. 604. 315. *Chryssorergis*. Kolka kiszkowa w grypie i rumień gardło-podniebienny jako objaw znamionujący grype—str. 605. 316. *Hayem i Zion*. Cierpienia tkanki mięśniowej żołądka w zapaleniu żołądka nie powikłanem przeszkodą mechaniczną—str. 606. 317. *Elsner*. Przyczynę do dyagnostyki różniczkowej pomiędzy cierpieniami przełyku i żołądka—str. 608. II. *Choroby dzieci*. 318. *Caziot*. Płonica ukryta i jej znaczenie epidemiologiczne—str. 609. 319. *Bernard*. Wczesny objaw duru u dzieci—str. 610. III. *Wiadomości terapeutyczne*: od № 320 do 325—str. 610. IV. Z Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego—str. 611. V. *Bibliografia*—str. 623. *Nadestane do Redakcyi*—str. 625. *Kronika bieżąca*—str. 626. *Żmarli*—str. 626. *Ogłoszenia*.

Sommaire du Nr. 15. I. *D-r L. Rzeczniewski*. Sur la théorie psycho-physiologique de l'histerie—p. 593.

I. PODSTAWY PSYCHO-FIZYOLOGICZNEJ TEORII HISTERYI

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtrière.

Napisał

L. Rzeczniewski.

(Ciąg dalszy).

Zwróciwszy uwagę na znaczenie amnezyi w histeryi, pozostaje nam choć pobieżnie dotknąć kwestyi równie ważnej, kwestyi natury amnezyi histerycznej. Jest to z podwójnych względów niezbędne. Najprzód dla odróżnienia amnezyi histerycznej od amnezyi innego

pochodzenia, wiadomo bowiem, że amnezja występuje i w innych stanach psychopatologicznych, że przytoczymy za przykład choćby demencję, a powtóre dla teorii samej histeryi. Problemata zaburzeń pamięci jest bardzo złożony, jest też wielką zasługą szkoły Salpêtriére, że zajmuje się gorliwie badaniem mechanizmu amnezji histerycznej. Mimo, że, jak wspomnieliśmy, zadanie jest skomplikowane i trudne, to jednak zdobyte dotychczas za pomocą spostrzeżeń oraz doświadczeń dane mogą już dziś nawet służyć za podstawę do względnego wytłomaczenia niektórych poszczególnych przypadków.

Z przytoczonych wyżej klinicznych postaci amnezji histerycznej, *amnesia continua* i *amnesia localisata* zdają się na pozór przedstawiać zasadnicze różnice. Pierwsza wydaje się utratą narządu pamięci, jeśli się tak wyrazić można; druga utratą nabytków przeszłych tego narządu z zachowaniem zdolności robienia nabytków nowych za pomocą zachowanego narządu.

Doświadczenia jednak psychologiczne robione na chorych i ich dokładna analiza wykazały, że różnica jest raczej pozorna.

W klasycznym przypadku *amnesiae continuae* u wspomnianej chorej D. doświadczalnie stwierdzono, że nie tylko ślady pamięciowe wrażeń bieżących tworzą się, ale nawet ich reprodukcja (w której przyjmuje główny udział kojarzenie wyobrażeń) jest możliwa, że zatem istniały wszystkie warunki wspomnienia zupełnego czyli pamięci. Lecz istniały podobnie jak pierwiastki czucia w anestezji histerycznej t. j. w sferze bezwiednej, manifestując się w stanach psychologicznych automatycznych, we śnie, w hypnozie i t. p. Czyli jednym słowem—*amnesia continua* chorej D. mogła być porównana z najwyższym stopniem roztargnienia resp. osłabienia uwagi dowolnej. Wspominaliśmy już w poprzednim rozdziale o znaczeniu roztargnienia histerycznego na powstawanie anestezji. W przytoczonym przypadku, w którym anestezji, w zwykłym rozumieniu nie było, osłabienie uwagi dowolnej odnosiło się jedynie i wyłącznie do wspomnień, do pamięci. Brakowało tylko dość silnej syntezy w zakresie wspomnień, żeby istniejące wspomnienia przyswoić świadomości jasnej, czyli zrobić z nich postrzeżenia osobiste. I tu więc, podobnie jak w anestezji, tylko ze swego stanowiska subiektywnego chora mogła słusznie twierdzić „ja nie przypominam sobie“. Nawiasem dodam, że to drobne pozornie zboczenie psychologiczne przypawiło tę chorą o prawdziwe kalectwo, gdyż zaledwie po kilku latach gorliwego leczenia otrzymano niezbyt znaczne polepszenie.

Co się znów tycze kwestyi mechanizmu *amnesiae localisatae*, tu zrazu przypadkowe spostrzeżenia posłużyły za podstawę do obmyśle-

nia i przeprowadzenia całego szeregu bardzo skrupulatnych doświadczeń nad pamięcią elementarną, czyli pamięcią wrażeń zmysłowych, doświadczeń mających na celu wykrycie związku między stanem uczucia obwodowego a stanem pamięci, których przytaczać tu nie jestem w możności. W ostatecznym wniosku doprowadziły one do skonstatowania pewnego prawa psychofizyologicznego, a mianowicie, że *w histeryi wrażenia czuciowe pewnego gatunku i ślady pamięciowe wrażeń tegoż gatunku zdają się być skojarzone, tak, że albo oba jednocześnie są obecne, albo ich obu brak w świadomości jasnej t. j. osobistej.*

Na podstawie tego prawa dopiero możnaby zrozumieć znaną obojętność histeryków na ich anestezye. Zależy ta obojętność, gdy anestezya jest zupełna, od zupełnego zniknięcia ze świadomości jasnej wszystkich wspomnień odnoszących się do znieczulonego zmysłu, co ze swej strony potwierdza fakt, już poprzednio uznany, że w anestezyi histerycznej nie cierpi narząd obwodowy zmysłowy, lecz psychofizyologiczny narząd uczucia. I dlatego człowiek, który utracił narząd zmysłowy obwodowy, zachowuje pamięć wrażeń tego zmysłu, ma więc i materyał do porównania swego stanu dawnego z obecnym i może mieć, jak wiadomo, halucynacye tego zmysłu. Przeciwnie, histeryk anestetyk, w skutku utraty śladów wspomnianych wrażeń tego zmysłu, jest na swą anestezyę niekiedy tak obojętny, jakby wrażeń tego zmysłu nie odczuwał nigdy.

Nakoniec, odnośnie do pamięci intelektualnej, czyli pamięci idei i aktów skomplikowanych w somnambulizmie doświadczalnym, którą zatracą osobnik pozornie po przejściu z somnambulizmu w stan jawy, to, niewątpliwie, tego rodzaju pamięć zawdzięcza swe istnienie mowie. W kwestyi tej oprzeć się zatem możemy na pracach Charcot'a o mowie i różnych typach zmysłowych, które, jak wiadomo, nauczyły, że mowa powstaje za pomocą jednych jakichś wyobrażeń zmysłowych, przeważających u jednego osobnika w danym czasie, lecz że gatunek tych wyobrażeń u różnych osobników może być różny (wzrokowy, słuchowy, ruchowy i t. d.), zatem na podstawie powyższej i pamięć t. zw. intelektualna, czyli idei skomplikowanych redukuje się ostatecznie do reprodukcji śladów pamięciowych wrażeń jednego przeważającego zmysłu.

To tylko trzeba mieć na uwadze, że typ zmysłowy normalnie zwolna tylko ulega zmianie, histerycy zaś należą pod tym względem do typu nagle zmiennego (alternatif) dzięki swej zmienności psychofizyologicznej, która stanowi właśnie cechę charakterystyczną histeryi. Zarówno więc skłonność histeryków do podlegania hipnozie, jak

i amnezję posomnambuliczną resp. po atakach histeryi można na tej zasadzie uznać również za zależną od nagłych zmian uczucia i pamięci elementarnej.

Wiadomo, że prawo psychofizyologiczne odnoszące się do skojarzenia wrażeń zmysłowych z ich wspomnieniem krytykowano, ale głównie na tej podstawie, że nie daje się ono zawsze sprawdzić w praktyce. Istotnie, w praktyce utrata pewnego gatunku uczucia może nie zawsze dawać powód do zapomnienia, jak wyraziliśmy w powyższym prawie, gdyż wspomnienie jednej rzeczy może być reprezentowane w umyśle przez wyobrażenia różnych zmysłów, w potrzebie wzajemnie się wspomagające i zastępujące. Ztąd zapomnienia, które każda anestezja historyczna powinna sprowadzać, kompensują się i mogą wcale się nie manifestować. Lub też odwrotnie, pewne wyobrażenia, grając przeważającą rolę w naszych wspomnieniach, służą przez to za ośrodek dla innych wspomnień. Utrata ich może więc pociągać za sobą znaczne amnezje, w małym pozornie będące stosunku do anestezji, która je powoduje. Sądzę, że najstosowniej zakończę rozdział niniejszy, przytaczając wyjątek z listu prof. Janet'a pisanego do mnie w tej kwestyi, podczas gdy byłem zajęty przygotowaniem pracy niniejszej. Oto, jak brzmi odnośny ustęp wzmiankowanego listu:

„Stosunki między stanem pamięci a stanem uczucia, pisze prof. Janet, są zawsze bardzo ściśle zwłaszcza w histeryi, a oto dla 2-eh przyczyn:

1) Ponieważ rozwój dwóch tych zjawisk (uczucia i pamięci) zależy od stanu uwagi, czyli tej samej czynności syntetyzującej, a zatem zmienia się równolegle, i

2) Ponieważ ten sam stan uczucia ułatwia wywołanie wspomnień połączonych ze stanem podobnym. Lecz nie trzeba zapominać, że dany stan pamięci, dana ta lub owa amnezja, jest stanem bardzo skomplikowanym, który zależy od wielu warunków. Prawo zależności pamięci od uczucia jest jednym z tych warunków, lecz są inne, które w tej lub owej okoliczności mogą maskować skutek pierwszego prawa“.

O znaczeniu amnezji dla sugestyi będzie mowa w rozbiorze tej ostatniej.

Z podanych wyżej 3-eh znamion psychologicznych histeryi t. j. anestezji, abulii i amnezji, które tło tego stanu chorobliwego stanowią, psychologia kliniczna uznaje *abulję za cechę czyli znamię najwazniejsze.*

Rzecz prosta, że, przyjąwszy automatyzm za podstawę histeryi, musimy tem samem abulii przyznać miejsce naczelne w liczbie cech psychicznych tej choroby.

Anestezya histeryczna rozważana sama przez się t. j. niezależnie od jej rozkładu i umiejscowienia może być uważana za *następstwo abulii*.

Co się zaś tycze *amnezyi*, czyli automatyzmu bezwiednego, tej nie można kwestyonować w histeryi, raz dlatego, że już zwykła obserwacya przekonywa o jej częstem występowaniu w histeryi, a powtóre, że z teoretycznego stanowiska tylko na jej podstawie jesteśmy w stanie objaśnić znaczną liczbę objawów histerycznych, a nadto *automatyzm bezwiedny stanowi właśnie cechę charakterystyczną, odróżniającą histeryę od innych pokrewnych zbroczeń umysłu*.

Trzeba więc tylko dodać, że są przypadki histeryi, w których dominującą cechą psychologiczną jest abulia i są znów inne, w których dołącza się, a nawet na pierwszy plan wysuwa amnezya.

Psychologia kliniczna wie o tem, że pewne wyobrażenia, lub wzruszenia, zwłaszcza chorobliwie ustalone, potęgują ze swej strony abulję i amnezyę i że one też głównie wpływają na rozkład, umiejscowienie i systematyzacyę tak anestezyi, jak i innych objawów histeryi ¹⁾.

Leez też sama analiza psychologiczna samo *zjawisko sugestyjności*; spotykane właśnie w histeryi w stopniach najwyższych, uznać jest zmuszona za *wtórne* i jedynie tłumaczyć się dające na podstawie poprzednio istniejącej u tych chorych abulii i amnezyi.

Psychologia kliniczna odróżnia zatem w histeryi:

1) Cechy pierwotne czyli *znamiona* (stigmata), które stanowią podstawową słabość umysłu i same przez się wystarczają do wytłomaczenia wielu objawów.

2) Prócz tego zaś *przypadłości* (accidents) histeryczne, zależne całkowicie od wyobrażeń i wzruszeń, wytwarzających ze swej strony przeważną liczbę chorobliwych objawów.

Jeśli więc chcemy pozostać na gruncie psychologicznym, to z obu tych punktów widzenia zapatrywać się należy i oceniać każdy objaw histeryi.

¹⁾ Skoro histeryka opanuje jakieś wyobrażenie lub wzruszenie, które się ustali, zdaje się jakoby uwaga dowolna pochłonięta została przez to wyobrażenie lub wzruszenie chorobliwe. Wówczas uwaga czynna czyli dowolna, t. j. rozporządzalna, której zadaniem jest służyć do postrzeżeń i aktów dowolnych, przez to samo ulega, naturalnie, jeszcze większemu osłabieniu.

Możemy więc tylko jeszcze dodać, że podając, iż anestezja jako znanie, t. j. anestezja sama przez się różni się od anestezji zależnej od wyobrażeń, t. j. sugestyjnej, psychologia kliniczna opiera się na następującym szeregu dowodów:

1) Na początku każdej t. zw. przypadłości historycznej, zależnej od wyobrażeń czyli od sugestji, jest zwykle jakiś przypadek życiowy, jakaś okoliczność, wykryć się dająca. Otóż, w naturalnym czyli zwolna postępującym rozwoju choroby, pomimo najstaranniejszych badań nie możemy odkryć nic takiego, co by nasunąć mogło chorym wyobrażenie nie czuć np. połową ciała lub zwięźć dośrodkowo pole widzenia. Niema tu właściwie żadnego dającego się bliżej określić wyobrażenia, jest raczej instynktowa konieczność zaprowadzenia oszczędności w pracy, jaką przedstawia, niewątpliwie, syntetyzowanie świadome naraz większej ilości wrażeń, gdy umysł jest osłabiony.

2) Wyobrażenia, od których zależne są przypadłości, jak to jeszcze w rozdziale o sugestyjności stwierdzimy, jeśli nawet w zwykłym stanie świadomości chorego są bezwiedne, mogą być wszelako odnalezione w modyfikacjach stanów świadomości sztucznych, hipnotycznych. Nigdy dotychczas nie udało się tymi sposobami wykryć wyobrażeń odnoszących się do znamion. Nadto anestezja, jako znanie, jest tak dalece, jak to już wiemy, obojętną dla chorego, że on sam nie zdaje sobie sprawy z jej istnienia.

3) W przypadłościach, zależnych od wyobrażeń, chory tak realizuje objaw, jak go pojmuje. Ztąd wielka różnorodność indywidualna przypadłości takiego pochodzenia. Przeciwnie, znamiona odznaczają się prawidłowością u historyków i pozostały jedne i te same od wieków do dni naszych. Nadto znamiona same przez się wytwarzać mogą częstokroć objawy skomplikowane, o których osobnik nie może mieć a priori żadnego wyobrażenia.

4) Wreszcie w naturalnym, t. j. stopniowym rozwoju historyi znamiona należą do objawów najwcześniejszych; przeciwnie, sugestyjność, zwłaszcza wyższych stopni, zjawia się w tym rozwoju zazwyczaj znacznie później.

Na podstawie zatem wszystkich powyższych dowodów znamiona historyi, jako takie, nie są zależne od wyobrażeń, czyli że nie powstają przez sugestyję w naturalnym rozwoju choroby.

Na dowód znowu, że anestezja historyczna, jako taka, jest następstwem bezpośrednim abulii, przytacza psychologia kliniczna następujące dane:

1) Anestezja historyczna, w początkach przynajmniej, zachowuje się jak roztargnienie czyli niemoc uwagi dowolnej. Może być

zmienną, ruchomą, a nawet ustępować, skoro uda się pobudzić chorego do wysiłku uwagi w tym kierunku i podobne napięcie uwagi utrzymać.

2) Anestezja historyczna jest kontrydkeyjną, ponieważ czucie elementarne jako pierwiastek czucia pod progiem świadomości osobistej istnieje i istnienie to daje się w odpowiednich przypadkach doświadczać stwierdzić.

3) Można przez suggestyę, która w ścisłym jej psychologicznym znaczeniu równa się najwyższemu stopniu roztargnienia uwagi dowolnej, spowodować anestezję, mającą wszelkie cechy anestezji historycznej.

4) Skoro repartycja t. j. rozmieszczenie anestezji historycznej sztucznie modyfikuje się, można wówczas niekiedy stwierdzić doświadczalnie kompensatę pod postacią utraty czucia w innym miejscu. Już w 1824 r. porównał z tego powodu C a b a n i s czucie historyków do określonej i niezmiennej ilości płynu krążącego, którego ilość o tyle zmniejszy się w pozostałych naczyniach, o ile w zwiększonej ilości napłynie do jednego z nich. Zjawisko zwane „transfert“ może być sprawdzane w doświadczeniu codziennym. Takie modyfikacje w rozmieszczaniu czucia mogą również zachodzić samoistnie w histeryi, tak, że o niektórych histerykach rzecz można, iż mają oni wolny wybór między wieloma równoważnymi postaciami anestezji. Ale toż samo odnosi się również do wszystkich poszczególnych objawów histeryi i należy zawsze w tej chorobie liczyć się z możliwością zjawienia się jakichś ekwiwalentów w miejsce objawu usuniętego, dopóki podstawowa słabość psychiczna istnieje.

Jakoż, nie tylko anestezje, lecz amyosthenia i nawet porażenia, jako ostatni stopień amyostenii, mogą być jedną z postaci porażen historycznych i nie zależeć od żadnych wyobrażeń historycznych, w ścisłym psychologicznym rozumieniu. Na tę postać porażen historycznych, charakteryzujących się powolnym stopniowym rozwojem i występujących niekiedy pod postacią hemiplegii, zwrócili uwagę naprzód B u r c q, następnie P a u l R i c h e r ¹⁾ a wreszcie P. J a n e t. Lecznawo przykurczenia (kontraktury) mogą mieć także początek. Znane są przypadki, w których przykurczenia, zwłaszcza w kończynach dolnych, rozwijały się, gdy chory mimo osłabienia odnośnych mięśni (paraplegia) usiłował chodzić przedwcześnie. Kończyny przybierały wówczas pod wpływem ciężaru ciała fałszywe położenia. Położenia te mogły być zrazu, niewątpliwie, poprawione za pomocą pe-

¹⁾ P. R i c h e r. Paralyties et contractures. 1892 r.

wnego wysiłku dowolnego. Lecz na wysiłek ten chory dobrowolnie nie zdobył się i fałszywe położenia pod postacią kontraktury utrwaliły się z czasem.

Nawet ataki, anorexia i t. p., jak już w rozdziale o abulii wspominaliśmy, mogą powstawać zwolna przez zaniedbanie wysiłku dowolnego. Jesteśmy przekonani, że znaczna ilość przykurczeń lub porażeń mięśniowych, czy to w mięśniach tułowia, oddechowych, przeponie, czy w pokrywach brzusznych lub nawet w mięśniach trzewiów normalnie w pewnych granicach woli podległych, spazmów lub porażeń manifestujących się jako kaszle, szczekania, afonie, odbijania, wzdęcia, konstypacje i t. p., zwłaszcza po przebytych jakichś, choćby błahych, afekcyach organicznych we wzmiankowanych narządach rozwijają się bezpośrednio przez abulię, a po części amnezję normalnych sensacyi, płynących z tych narządów niezbędnych dla prawidłowej ich funkcji. Wyobrażenia zaś często fałszywe, jakie chory z temi zaburzeniami łączy, powstają wtórnie ¹⁾.

Po tem naszkicowaniu tła psychologicznego histeryi pozostaje nam z kolei rozebrać suggestyjnosc, jako bezpośrednie źródło t. zw. przypadłości histerycznych i wskazać jej właściwe miejsce w szeregu cech psychologicznych histeryi.



1) A nie jest taki pogląd na powstawanie obojętnym dla racjonalnej terapii. Leczenie w tych przypadkach musi polegać na wyrugowaniu nie-normalnych sensacyi i zwróceniu uwagi dowolnej w kierunku syntezy wrażeń normalnych, odbieranych czy z powłok śluzowych lub skórnych, czy z mięśni podczas normalnej, to znaczy harmonijnej i celowej ich funkcji. Leczenie polegać musi na gimnastyce biernej lub czynnej, masażu zwykłym lub elektrycznym *nb. zawsze z uwzględnieniem psychologicznego warunku zwracania uwagi w kierunku normalnych lub do normalnych zbliżonych wrażeń, odbieranych od odnośnych narządów w chwili wzmiankowanych manipulacji*, aby te wrażenia mogły przenikać i zapisywać się w świadomości. I takiego leczenia nie można nazywać leczeniem przez suggestyę, gdyż zwraca się ono wprost do uwagi dowolnej, stara się rozszerzyć świadomość osobistą i syntezę jej wzmocnić, wówczas, gdy suggestya posługuje się stanem roztargnienia uwagi dowolnej. Powyżej przytoczone doświadczenia o czasie, w ciągu którego można utrzymać w napięciu uwagę dowolną histeryków, mogą służyć za wskazówkę co do długości trwania każdorazowo rzezonego zabiegu leczniczego.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

312. Dorn. **Działanie ichtyolidyny na kwas moczowy w ustroju.** (Therap. Monatsh. № 6, 1903).

Co właściwie wywołuje artretyzm, dotychczas nie zupełnie wyjaśniono? Jedno wiadomo, że podczas przebiegu tej choroby we krwi powiększa się ilość kwasu moczowego i w tkankach ciała. Mając to na względzie, leczenie powinno iść dwiema drogami, ono powinno z jednej strony usunąć z ciała już odłożony kwas moczowy, a z drugiej strony powinno zapobiedz temu odłożeniu. Co się tyczy pierwszego, to nasze środki mało co znaczą, chyba można tu uwzględnić lyzydynę i piperacynę. Hermani połączył piperacynę z kwasem ichtyolsulfowym i dostał ichtyolidynę albo piperacinum thiohydrocarburo-sulfonicum, które zawiera w sobie 7% piperacyny i przedstawia się jako ciemno brązowy proszek, nie krystaliczny, przypominający dziegieć i mający nieprzyjemny gorzki smak. Nie rozpuszcza się w wodzie, rozkłada się przy nagrzewaniu i oddaje gazy palące się i zupełnie się ulatnia. Ten środek autor wypróbował na chorych i przekonał się, że można go dawać przez dłuższy czas bez żadnej szkody dla ciała i bez żadnych objawów ubocznych. Dawał on dziennie do 5,0. Apetyt i działanie kiszki były zawsze dobre. Badanie moczu pokazało, że kwas moczowy o 50% i więcej się zmniejszył, przyczem mocza dawał odczyn słabo kwaśny, bardzo rzadko neutralny, albo amfoterowy. Stosował autor ten środek u chorych z artretyzmem z dobrym wynikiem, nawet i w arthritis deformans pauperum. W żadnym z przypadków nie zauważono powiększenia ilości kwasu moczowego w moczu. Ichtolidyna wywołuje w organizmie proces utleniania, który przeciwdziała tworzeniu się kwasu moczowego albo wywołuje przemianę jego na mniej szkodliwe chemiczne połączenie, zawierające w sobie azot. W każdym razie, próby autora pokazały, że ichtyolidyna dobrze działa u chorych z artretyzmem, jak ostrym, tak i przewlekłym, dlatego ten środek powinien być polecany do dalszego wypróbowania.

W. Bichler.

313. Senator: **Rozpoznawanie chorób i działalności nerek.** (Berliner klin. Wochenschr. № 21 i 22, 1903).

Autor dzieli sposoby rozpoznawania chorób i działalności nerek na dwie grupy. Pierwsza zawiera sposoby, które służą do badania moczu i nerek, druga grupa zawiera w sobie objawy, które nie odnoszą się do nerek lub ich wydzielin, lecz do innych organów, a które wskazują na zachorowanie nerek. Do pierwszej, największej

grupy należą objawy mechaniczno-fizyczne, zawierające i objawy mikroskopowe, chemiczne i bakteryologiczne.

Każde badanie zaczyna się od oględzin i macania. Tymi sposobami można zbadać zmiany w kształcie nerek, stopień ich skupienia, ruchomość, zmiany w położeniu, powiększenie, tworzenie się guzów i bolesność.

Macanie należy wykonywać na leżącym chorym w taki sposób, że kładzie się jedną rękę płasko na łędźwie, a drugą maca się brzuch, przyczem trzeba zmienić położenie chorego, badając go to w położeniu na plecach, to na boku. W niektórych przypadkach dobrze badać chorego à la vache, albo na brzuchu. Badanie w ciepłej wannie daje też dobre wskazówki, przyczem chory nie powinien siedzieć, lecz leżeć na prześcieradle. Uśpienia w trudnych przypadkach nie należy też zaniechać. Badanie per rectum i per vaginam może przy zmianie położenia nerek dać dobre wskazówki, nprz. w guzach, gdy nie wiadomo, z kąd pochodzą. Nadymanie kiszek wykaże, że nerka zmieniła swe położenie, albo opuchła, gdy po nadejściu znika; jeżeli zaś ona nie znika, to jeszcze niczego nie dowodzi, gdyż mogą być zrosty. Co się zaś tyczy oględzin, to można tym sposobem zauważyć wypuklenie, nie mówiąc o przetokach, ranach etc. Bardzo ważny objaw jednostronnego kurczu ściany brzusznej w kamieniach i bólach nerkowych i w ostrych zapaleniach miedniczki. Ma się rozumieć, kurecz dowodzi tylko, że w głębi jest chore ognisko, ale nie, że to nerka chora. Opukiwanie nie ma znaczenia, gdyż ściany brzuszne są zagrube i pokryte często warstwą tłuszczu. Tylko przy powiększonej nerce, która zmieniła swe położenie, opukiwanie może coś pewnego dać. Dobre wyniki daje przy badaniu wogóle organów brzusznych tak zwana „Streichauscultation“, połączenie wysłuchiwania stetoskopem i tarcia paznogciem. Bardzo rzadko udaje się wymacać kamienie nerkowe, podług zdania autora, częściej z tyłu, niż z przodu.

Prześwietlenie promieniami Roentgena nie dało tego, co obiecywało. W niektórych przypadkach można zobaczyć powiększenie nerki, guzy i torbiele, czasami kamienie (spotykające się moczony, częściej fosforany i szczawiany).

Nakłucie i badanie ostrym zgłębnikiem (Akidopercustik) dają czasami dobre wskazówki; należy je robić z tyłu, tylko w wyjątkowych przypadkach z przodu przez otrzewną. W nowszych czasach wyjmowano nerkę i badano ją tym sposobem nacięciem, nakłuciem, lecz i ten sposób nie zawsze doprowadzał do celu, gdyż mniejsze ogniska nie zawsze mogły być zbadane. Ogromne znaczenie dla rozpoznania chorób nerkowych ma cystoskopia, gdyż daje nam różniczkowe rozpoznanie z pęcherzem i pokazuje nam, w jakim stanie on się znajduje, z tego można w niektórych przypadkach wnioskować i o stanie nerek. Nie mniejsze znaczenie dla rozpoznania jaka nerka jest chora, posiada kateteryzacja moczowodów, która wymaga dużej wprawy. Tym sposobem można zebrać moc z każdej nerki oddzielnie. Mniej wprawy wymaga użycie segregatora moczu Lambote, Luys albo Cathelina i in., lecz te aparaty nie mogą zastąpić w zupełności

kateteryzacji. Przy badaniu moczu należy zwrócić uwagę na ilość, odczyn i barwę, na osad i na ciężar gatunkowy. Co się tyczy ilości, to zwykle utrzymują, że polyurya znajduje się przy nerce zwiędniętej, lecz tak nie jest. Ma się rozumieć, przedtem trzeba wykluczyć wszystkie polyurie, mogące być z powodu zupełnie innych przyczyn. Polyurię znajdujemy przy kompensowanej nerce zwiędniętej, przy zwyrodnieniu skrobiowatym, przy zapaleniu miedniczki i przepuklinie wodnej nerki.

Należy tutaj wspomnieć o tak zwanej odruchowej anurii, która się pojawia odruchowo przy bólach nerkowych z jednej strony, guzach i t. d. Co się zaś tyczy badania chemicznego, to autor wspomina tutaj o fizyologicznem pojawieniu się białka w moczu, o którym w ostatnich czasach tak wiele pisano. Zwraca on uwagę na albumozury, którą można rozpoznać tylko innymi próbami, ale nie gotowaniem; znajdujemy ją podczas gorączki i często zjawia się jako objaw poprzedzający zapalenie nerki. Dla tego nie trzeba się zadowalniać tylko gotowaniem, lecz trzeba robić i inne próby na białko. Bardzo ważne jest wydzielenie ciałek białkowych Bence-Jonosa, które wskazuje na zachorowanie kości połączone z bezkrwistością w najwyższym stopniu, jako to sarkomaty i myelomaty. Są to zwyczajne albumozy i dają się znaleźć tylko zimnemi próbami, jak wyżej wspomniano.

Co się zaś tyczy mikroskopowego badania osadu moczowego, to autor zwraca uwagę na wałki, które wskazują na cierpienie nerek, nieobecność ich nie wyklucza cierpienia nerek, jak to ogólnie się myśli. Wyrażają one, że komórki w kanalikach moczowych są chore, a że one więcej są nadwężone w sprawach ostrych, niż przewlekłych, gdzie więcej choruje tkanka łączna, więc obecność ich wskazuje na sprawę ostrą, nieobecność zaś nie wyklucza sprawy przewlekłej. Co się zaś tyczy białych ciałek w osadzie moczu, to w zwykłym zapaleniu nerek, t. zw. Morbus Brighti leukocyty w osadzie znajdują się z jednym jądrem, w zapaleniach zaś pęcherza, miedniczki nerkowej i moczowodów znajdują się w większej ilości leukocyty z wieloma jądrami. Co się zaś tyczy krwi w moczu, to przy krwotokach z nerki czerwone ciała krwi znajdują się w stanie rozpadu, bezbarwne jakby ze skóry. Badanie sprawności nerek zaszadza się na tem, że wprowadzamy ciała obce, jak kwas salicylowy, jodynę, rozanilinę, metylenblau i śledzimy, kiedy się wydziela. Są to sposoby niepewne i podlegające różnym wpływom. Do tych sposobów należy zastrzyknięcie żelatyny i białka z jajka kury, które się tem prędzej wydzielają, im więcej zaatakowana nerka, wprost przeciwnie, jak wyżej wymienione preparaty. Jeden z najnowszych sposobów jest to badanie jadowitości moczu. Bouchard znalazł, że mocz wydzielony w ciągu 52 godzin może otruć człowieka dorosłego. Wychodząc z tego, Bouchard wynalazł ilość tego jadu, która potrzebna do otrucia kilogramu wagi królika przez zastrzyknięcie do żyły, nazwał to urotoksycznym koeficyentem i wziął to jako miarę do badania działalności nerek. Sposób ten okazał się wkrótce nieściśłym, gdyż jadowite produkty nie zawsze są stałe i nie znalezione. Badania molekularnej koncentracji moczu w ostatnich czasach użyto do roz-

poznania choroby nerek. Bierze się do tego punkt zamarzania moczu. Im więcej molekuł zawiera mocz, tem niżej leży punkt zamarzania. Daje ten sposób nie świetne wyniki, podlega ogromnym wahaniom od 0,8 do 2,7° C. i zależy od wielu innych przyczyn. Takim chwianiom się podlega i tak zwany *Valeurwerth* moczu. Strauss mnoży ilość moczu z 24 godzin przez punkt zamarzania. Jeżeli się przez mnożenie otrzyma liczbę mniejszą, niż 800, to nerki nie działają jak należy.

Najlepszy sposób to katetyzacja moczowodów i następnie badanie moczu. Gdy się dostało mocz z moczowodów oddzielnie, to się robi następujące próby. Dajemy choremu do picia wodę gazową 150—200 ctm.³, wtedy normalnie działająca nerka po upływie 15—20 minut zaczyna wydzielać więcej, im gorsze działanie, tem mniej i wolniej wycieka mocz. Po drugie—badamy molekularną koncentrację każdej strony oddzielnie i ile zawiera w sobie mocz soli kuchennej i azotu. Po trzecie—robi się próba z florydzyną. Po wstrzyknięciu podskórnie $\frac{1}{2}$ —1 cmgr. florydzyzny zdrowa nerka po upływie $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny wydziela mocz zawierający cukier. Potem porównywa się to, co się otrzymało przy badaniu każdej strony oddzielnie. Normalnie różnicy niema, albo jest bardzo nieznaczna. Im większa różnica, tem pewniej, że jedna z nerek gorzej działa, to jest, że jest chora. Wszystko to bardzo jest ważne dla chirurga.

Co się zaś tyczy drugiej grupy, sposób rozpoznania chorób i działalności nerek, która zawiera w sobie objawy ze strony innych organów wskazujących na stan nerek, to autor wskazuje tutaj na wodną puchlinę, przy której skóra blada, gdy się nie ma do czynienia z chorobą płuc albo serca. Dalej, należy tutaj retinitis albuminurica, bóle głowy, przerost serca i najnowszy sposób badania molekularnej koncentracji krwi albo wysięku z przepukliny wodnej albo surowicy. Punkt zamarzania krwi u zdrowego chwieje się w bardzo małych granicach od—0,54 do—0,58 C°. Stałość tego punktu utrzymują nerki, jeżeli zaś one nie są w stanie wydzielić niepotrzebnych molekuł, to punkt zamarzania krwi opada na—0,60 albo jeszcze niżej. Gdy zaś ten punkt opada bardzo nisko, to wskazuje, że obie nerki są bardzo chore, gdyż, jeżeli tylko jedna chora, to druga może ją w zupełności zastąpić. Jednostronna choroba nerki nie ma wpływu na zmianę punktu zamarzania krwi, to jest na molekularną koncentrację krwi. Łatwo zrozumieć, jak to jest ważne dla chirurga. *W. Biehler.*

314. **Olinto de Oliveira. Dychawica jako objaw dodatkowy w grypie.** (La Semaine médicale, № 19. 1903).

Autor opisuje kilka przypadków duszności w influenzy. Objaw ten dodatkowy może być albo wagoparalityczny albo wagohyperkinetyczny, jak to spotyka się w zwykłej astmie. Napady dychawicy spostrzegano nie tylko u dorosłych, ale i u dzieci. Autor dzieli przypadki dychawicy w influenzy na trzy rodzaje: po pierwsze objaw dy-

chawiczny przedstawia się w najłżejszej postaci; po drugie—przypadki o postaci toksycznej lub toksykoinfekcyjnej, gdzie objawy nerwowe są połączone z infekcją, stan ogólny bardzo poważny; po trzecie, przypadki postaci nerwowej, gdzie objaw dychawiczny objawia się tak, jak nerwobóle wtórne, których bieg nawet naśladuje.

Przypadki te potwierdzają przypuszczenie, jakoby influenza miała wpływ na most Warola za pośrednictwem toksyny swoistej dla tej choroby. Dlaczego tak jest—właściwie niewiadomo. Faktem stwierdzonym jest, iż u dychawicznych napad duszności może być wywołany przez influencję. Wiadomo też, że u niektórych napady dychawicy bywają wywołane przez podrażnienie błony śluzowej nosa i gardzieli—może więc toksyny mają jakie wpływy na śluzówkę tych organów.

Co się zaś tyczy rozpoznania różniczkowego, to autor twierdzi, iż jest ono bardzo łatwe, a to dlatego, że objawy poprzedzające w influency dychawicznej są daleko poważniejsze, niż w dychawicy nieżytowej. Co zaś do samego rozpoznania, to stawia się je na zasadzie podwójnego objawu oddechowego i infekcyjnego. Rokowanie jest zazwyczaj dobre—z licznych przypadków notowanych przez autora notuje on 2 zejścia śmiertelne u dzieci kilkotygodniowych. Leczenie jest bardzo proste: daje się ammonium hydrochloricum, akonit oraz zimne obcierania i kąpiele głównie w postaciach tak zwanych piersiowych; jeżeli zaś dominuje infekcja, to stosować należy kąpiele gorące, eter, kamforę. Często autor używał ammonium jodatum jako środek wykrztuśny oraz zapobiegawczy napadom dychawicy. Podkądzenia narkotyczne tylko przy postaci nerwowej. Przy napadzie daje się antypirynę—częściej zaś przy postaci dychawicy zwyczajnej, niż influencyjnej. Chininę autor uważa za bezskuteczną jak w samej influency, tak i w influency dychawicznej.

W. Biehler.

315. **Chryssoregicis. Kolka kiszkowa w grypie i rumień gardło-podniebienny, jako objaw znamionujący grypę.** (Semaine médicale. № 24, 1903).

Podczas epidemii grypy autor zauważył w Beyreuth w zimie 1902/1903 roku objawy, których dotychczas nie notowano. Rodzaj ten grypy stanowił by niejako odmianę postaci grypy kiszkowej, jednej z trzech wielkich grup. Znany bowiem grypę płucną, nerwową i kiszkową. Charakterystycznym jest umiejscowienie cierpienia w grubym jelicie. Objawia się ono w postaci kurezu: kurezowi podlega najczęściej kiszka esowata, następnie spostrzegął go autor w okrężnicy wstępującej, zstępującej i poprzecznej i w kiszce prostej. Klinicznie nienormalny stan kiszki objawia się w postaci kolki, umiejscowionej najczęściej w lewej jamie biodrowej, czasami w prawej, co nasuwa podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego. Ból występuje nagle—w lekkich tylko przypadkach wywołać go można badaniem. Macanie wykazuje nam istnienie tak zwanego corde colique (kiszka przybiera postać szuurka), często na przestrzeni wszystkich

trzech części jelita grubego, przytem zauważyć wypada, że kurcz trwa krótko, jeżeli zajmuje niewielką przestrzeń kiszki, gdy jednak zainteresowaną bywa okrężnica zstępująca albo kiszka esowata, to kurcz trwa długo. Niekiedy corde colique znaleźć można było w kilka miesięcy po przebytej grypie. Kolka towarzyszy zwykle wydzielinie kału, nie rzadko też ukazują się objawy dyzenteryczne. Kolki powracają czasem po kilka razy dziennie. Drugim objawem charakterystycznym dla tego rodzaju grypy jest rumień, mniej lub więcej silny, zwyczajny lub z ziarniną, umiejscowiony na miękkim podniebieniu, nie wykluczając łuków przednich i języzka. Rumień schodzi często do gardzieli. Do niego przyłącza się zapalenie i owrządzenie dziąseł; ostatnie, tylko jako bardzo bolesne, zwraca uwagę chorego. Język bywa obłożony, łuszczy się lub pokryty jest jakby wysepkami rumienia. Rumień autor uważa za objaw znamionujący grypę. Gorączki w tej postaci grypy nie zauważono, często przyłączały się nerwobóle. Wiedząc, że grypa wogóle wywołuje przekrwienie tych lub innych narządów, autor przypuszcza, że to samo przekrwienie działa na okrężnicę, sprowadzając tym sposobem mniej lub więcej długotrwały kurcz. Od siły przekrwienia zależy objaw dyzenteryi. Ze przypadku, o których wyżej mówiono, są tej samej, co i grypa, natury, świadczy bakteriologia. W błonie śluzowej, wziętej z gardzieli chorych, dotkniętych kurczem kiszki oraz rumieniem gardzielopodniebieniowym, znajdowano wśród wielkiej ilości zwykłych pasorzytów jamy ustnej—laseczniki Pfeiffer'a. Wolno dlatego przypuszczać, że lasecznik Pfeiffer'a, który sam przez się lub przez swoje toksyny wywołuje w jamie ustnej rumień, został zaniesiony przez ślinę do kiszki, gdzie wspólnie z innymi bakteriami miejscowymi przez silny odczyn daje w wyniku skurcz albo objawy dyzenteryczne. *Matylda Kobryner.*

316. G. Hayem i G. Zion. **Cierpienia tkanki mięśniowej żołądka w zapaleniu żołądka nie powikłanem przeszkodą mechaniczną. Stosunek tych cierpień do przeistoczenia tkanki śluzowej i do rozszerzenia żołądka.** (Archives generales de médecine, № 18, 1903).

Autorzy zbadali 93 żołądki, przygotowane według specjalnie przez nich obmyślanej techniki, i dochodzą do następujących wniosków, że cierpienia tkanki mięśniowej u odźwiernika żołądka różnią się od tychże w zagęściu wielkiem. Tutaj zaznaczyć należy, że we wszystkich żołądkach przez nich badanych stwierdzono lekkie niezbyt. Co się zaś tyczy cierpień tkanki mięśniowej, spotykano: zwyczajny zanik, zapalenie śródmiąższowe, przerost, obrzęk przezroczysty i mętny tkanki mięśniowej żołądka. W zwyczajnym zaniku grubość tkanki mięśniowej wahała się między 250 μ .—1450 μ . Tkanek mięśniową, która mierzy mniej niż 500 μ . (37 przypadków), można uważać za zanikłą. Zanik występuje po większej części w głębokim pokładzie pod otrzewną. Zazwyczaj zanik bywa zwykły, czasami są nasięki. W zapa-

leniu śródmiażdżowym tkanki mięśniowej mamy zawsze mniej lub więcej wydające się stwardnienie, prawie bez nacieczenia.

Przerost tkanki mięśniowej zaznacza się w grubości, która w niektórych przypadkach dochodzi do 1050 μ . Powiększenie objętości pęczków włókien zależy tu od przerostu samych włókien i powiększenia ilości. Włókna w jednym pęczku dochodzą do 10 μ przeciętnie. W obrzmieniu przezroczystym znajdujemy pasma, w których włókna są obrzękłe, przezroczyste, zabarwione na brzegach przez odczynniki—chora część włókna bezbarwne. Co zaś do obrzmienia mętnego, to zaznacza się ono głównie zgrubieniem włókna około jądra. Często włókna łączą się razem, tworząc węzeł mętny, w którym odróżniamy jąderka ułożone w dwa rzędy.

Co się zaś tyczy cierpienia śluzowki, to w zapaleniu z zanikiem znajduje się też i zanik tej błony i gruczołów oraz zmiany wsteczne i zwyradniające w komórkach wydzielających; grubość błony śluzowej wynosi 400 μ . Przy zapaleniu żołądka bez zmian grubość błony śluzowej wynosi 600—1054 μ . Przy zapaleniu żołądka miężdżowym grubość błony śluzowej wynosi 925—1031 μ , zmarszczki są stałe, chociaż w małej liczbie. Z tego wszystkiego widzimy, że grubość tkanki mięśniowej jest proporcjonalna do grubości błony śluzowej. Zapaleniom żołądka z zanikiem odpowiada tkanka mięśniowa cieńsza, zapaleniom bez zaniku, szczególnie zapaleniom miężdżowym odpowiada tkanka mięśniowa najbardziej gruba. Na pytanie, czy jest łączność między czynnikiem, od którego zależy tworzenie się cierpienia tkanki mięśniowej żołądka, i tym, który wywołuje zanik takowej, autorowie odpowiadają przecząco. Pozostaje pytanie, czy istnieje związek między zmianami wielkości powierzchni żołądka a stanem błony śluzowej i tkanki mięśniowej. Aby to wyjaśnić, autorowie dzielą badane żołądki na 3 kategorie: 1) Żołądki, których powierzchnia mierzy 200—400 cm^2 (25 przypadków), znajdują się najczęściej przy zapaleniu bez zmian; 2) żołądki, których powierzchnia równa się 400—600 cm^2 (44 przyp.); 3) grupa żołądków dużych, rozszerzonych, przeszło 600 cm^2 (14 przyp.). Jeżeli więc porównamy wahania się wielkości powierzchni żołądka, to widzimy, że największe powierzchnie mają żołądki z zapaleniem miażdżycowym. W innych postaciach zapaleń żołądków daleko rzadziej spotykamy taki związek stały między stanem choroby, a powierzchnią. Przypomnąć należy, że te cyfry są tylko w przybliżeniu otrzymane. Co do pytania, czy rozszerzenie żołądka może być uważane jako przyczyna cierpienia tkanki mięśniowej i czy wygląd takowej może zależeć od stanu rozszerzenia żołądka, to autorowie odpowiadają, że wogóle wpływ rozszerzenia żołądka na grubość tkanki mięśniowej daje się czuć tylko w stosunku bardzo umiarkowanym; nie dochodzi ono do wytworzenia takiego stopnia ubycia, które znajdujemy przy zaniku.

W. Bichler.

317. Dr H. Elsner. **Przyczynek do dyagnostyki różniczkowej pomiędzy cierpieniami przełyku i żołądka.** (Deutsche medic. Wochenschr. № 24, 1903).

Autor podaje opis dwóch spostrzeganych przez siebie przypadków, które podobne są do wspomnianych w literaturze.

W pierwszym przypadku 39-letnia chora uskarża się na długotrwałe cierpienie żołądka, częste wymioty, utrudnienie przelżykania, tak że szpinak, np., zwraca po dwóch dniach. Na mocy upośledzonego przelżykania, zatrzymywania się pokarmów (nawet mleka) nad żołądkiem, utrudnionego zgłębnikowania (na odległości 34 ctm. przeszkoda, która po chwili znika) i bezwzględniego braku zacynowów postawione było pierwotnie rozpoznanie rozstrzeni przełyku skutkiem skurczu wpustu. Lecz przedsięwzięte po pewnym czasie prześwietlanie wykazało, że lampka dostała się do żołądka bez przeszkody. Oprócz tego w godzinę po próbnem śniadaniu można było kilkakrotnie stwierdzić w wymiocinach obecność krwi. Dwie te ostatnie okoliczności rzuciły inne zgoła światło na istotę rzeczy, i dokonana w szpitalu laparotomia wykazała obecność raka odźwiernika z licznymi przerzutami na otrzewnej żołądka. Był to zatem rak odźwiernika, przebiegającego w postaci kurezu przełyku.

Więcej jeszcze wart uwagi drugi przypadek, dotyczący 60-letniej kobiety, która za młodych lat była zupełnie zdrową i dopiero w 30 roku życia uczuła po raz pierwszy, wkrótce po jedzeniu, jakoby w przełyku podnosiła się i opuszczała kula. Uczucie to od owego czasu stale ją trapiło i stopniowo się potęgowało, tak że w 40 roku zmuszona była po każdym jedzeniu pewną część płynu wymiotować. Ponieważ przytem znacznie wychudła, zwróciła się do lekarza, który rozpoznał „raka przełyku“. Upłynęło jeszcze kilka lat i chora zwróciła się do autora, któremu tak określiła swoje cierpienie: „Gdy piję, część płynu idzie do worka w gardle, i dopiero po jego zapełnieniu, spływa reszta do żołądka“. Podczas łykania słychać u chorej dwa oddzielne szmery z prawej strony i jeden z lewej; na żądanie chorego zwraca polknięte i w worku przetrzymane 300 ctm. sz. wody. Zgłębnik natrafia na odległości 18 ctm. na niezwalczoną przeszkodę, przyczem wylewa się nieco cuchnącego płynu. Ustala się rozpoznanie uchyłka przełyku w jego górnym odcinku, zamiast postawionego dawniej raka. Niezależnie od tego w okolicy odźwiernika wyczuwał się niewielki, twardy guz, szczegółowsze jednak badanie żołądka nie było możliwe, gdyż nie udało się wprowadzić zgłębnika. Zaproponowano chorej poddanie się operacji, ewentualnie gastroenterostomii wrazie złośliwego nowotworu; lecz chora się na to nie zgodziła, i przy wzmagającym się chudnięciu zmarła. Oględziny pośmierne wykazały olbrzymi uchyłek przełyku, niewiele mniejszy od żołądka, a wyczuwany guz okazał się pęcherzykiem żółciowym, wypełnionym kamieniami. *P. Rogoziński.*

II. Choroby dzieci.

318. P. Caziot. Płonica ukryta i jej znaczenie epidemiologiczne. (Sem. méd. № 25. 1903).

Autor twierdzi, iż płonica ukryta nie jest tak tajemniczą, jak się zdaje, jest ona bowiem niższym stopniem słabszych postaci płonicy.

Na dowód, że szkarlatyna ukryta istnieje i że może wywołać epidemię zwykłej płonicy, podaje autor fakt następujący. Jeden z nowo przybyłych uczniów do domu sierot Heriot, badany w dniu przyjęcia 13-go października okazał się zupełnie zdrowym. Badających lekarzy zainteresował tylko bardziej różowy kolor skóry chłopca—przyczem głośno zauważył jeden z obecnych, iż jestto zwykłe zjawisko u dzieci o włosach blond, wpadających w odcień rudy. Mały skarżył się tylko na bardzo lekki ból głowy.

15-go i 17-go tegoż miesiąca 2 uczniowie (z tych jeden siedział obok nowo przybyłego i spał w sypialni przylegającej do tej, w której sypiał nowy uczeń) zapadło na lekką anginę bez gorączki.

24 października pojawiają się 3 przypadki szkarlatyny, po nich następuje epidemia płonicy, złożona z 15 przypadków—co do których rozpoznanie nie pozostawia wątpliwości. To naprowadza autora na myśl, że uczeń badany 13-go października miał szkarlatynę ukrytą (nigdzie bowiem w okolicy domu dla sierot Heriot nie panowała). Wywiady wykazują, że przed przyjściem do pensjonatu ów uczeń przebył 7-go października jedną noc w miejscowości, gdzie panowała płonica. Za rozpoznaniem szkarlatyny ukrytej przemawiało zatem zaróżowienie skóry oraz lekki ból głowy.

Szkarlatyna ukryta, według d-r C a r i o t, zbliżona jest do t. zw. scarlatinette Roger'a oraz scarlatina apyretica. W scarlatinette Roger mamy wszystkie objawy szkarlatyny w miniaturze, gorączka nie przekracza 38,5 — 39,0, wysypka słaba, opuchnięcie migdałków lekkie, bez zaczerwienienia.

Scarlatina apyretica daje wszystkie objawy zwykłej płonicy z wyjątkiem gorączki. Zależy to, widocznie, od specjalnego wpływu toksynu szkarlatyny na centry termiczne.

W szkarlatynie ukrytej odróżniamy, według autora, 2 typy: a) *wysypkowy*: lekka wysypka, podrażnienie błony śluzowej, lekki ból głowy; b) *typ anginowy*: zaczerwienienie gardzieli, trochę gorączki, osłabienie, wysypka nie zawsze bywa stwierdzona. Osoby dotknięte szkarlatyną ukrytą mogą też mieć tylko anginę z białymi punktami, wysypkę i łuszczenie języka i skóry, gorączkę, bezsenność, puls 120 lub przekrwienie gruczołów, objawy ogólne słabsze jak zazwyczaj w płonicy, wysypkę bez łuszczenia, lub łuszczenie skóry słabe. Najgłówniejszymi objawami płonicy ukrytej są angina i wysypka w różnych stopniach.

Rozpoznanie jest dosyć trudne, często niemożliwe. Dlatego też autor proponuje płonicę ukrytą nazwać scarlatina ambulatoria i spro-

wadzić leczenie do środków zapobiegawczych. Wszelkie, choćby najlżejsze, bóle gardła winny być uważane jako podejrzane, również senność, zmęczenie i nawet lekki ból głowy, przytem skóra tych wszystkich, którzy mają być oddani pod obserwację, powinna być badana dokładnie.

Matylda Kobryner.

319. Bernard. **Wczesny objaw duru u dzieci.** (Sem. médic. № 21, 1903 r.).

Autor podaje ciekawy objaw, który pozwala wcześniej rozpoznać dur u dzieci. Oto, w jamie biodrowej prawej przy końcu pierwszego tygodnia można wyczuć dwa lub trzy guzy wielkości jajka gołębiego na linii równoległej osi ciała. Każdy z nich znajduje się na odległości 1—2 ctm. jeden od drugiego. Po 3—4-ch dniach objaw ten znika. Co do pochodzenia guzów, autor przypuszcza, że są to albo powiększone gruczoły kiszek cienkiej, albo też powiększone gruczoły krezki. Drugie przypuszczenie jednak zdaje się być mniej prawdopodobnym, a to ze względu na położenie tych gruczołów, schowanych po za kiszki. Można więc śmiało twierdzić, powołując się jeszcze na przecięcie gruczołów, które jest ukośnem, że mamy tu do czynienia z powiększonymi gruczołami Payer'a w okresie nacieczenia. Wiadomo zaś, że w tyfusie u dzieci przeważnie znajdujemy przy badaniu anatomo-patologicznem sprawę hyperplastyczną, nie zaś nekrotyczną, jak to bywa u dorosłych. Guzy te szybko znikają, ponieważ nacieczenie blaszek Payer'a wsysa się bardzo prędko.

Matylda Kobryner.

III. Wiadomości terapeutyczne.

320. (p.r.g.) **Endometritis puerperalis.**

Przed trzema jeszcze laty ogłosił Kirsner nowy sposób leczenia endometritidis puerperalis, który polegał na tem, że tamponowało się macicę za pomocą gazy, umoczonej w ichtyol-glicerynie (1:8) i posypanej naftaliną. Od owego czasu dopiero obecnie N. Poljanskij użył go w trzech przypadkach z dobrym skutkiem. Chwali nadzwyczaj sposób powyższy, nadmienając, że wystarczy nieraz jednokrotne zatamponowa-

nie takie do wyleczenia endometrytu poporodowego, bez uciekania się do skrobienia. Zważywszy, że ten ostatni zabieg, aczkolwiek nader prosty, nie dla każdego jednak jest przystępny, łatwo zrozumieć, że sposób Kirsner'a i Poljanskiego częste może znaleźć wskazanie. (Sem. Méd. № 25. 1903.)

321. (wb) **Formol.**

Formol używany był z powodzeniem w łojotoku (seborrhoea) w postaci roztworu alkalicznego: 0,50—1,0 formaliny rozpuszcza

się w litrze wody, do tego dodaje się 10,0—20,0 natri bicarbonici i 2,0—5,0 kalii carbonici i q. s. mydła. Pod wpływem wcierania powyższej mieszaniny znika swędzenie oraz zaczerwienienie w krótkim przeciągu czasu. (Sem. méd. № 21. 1903).

322. (wb) Ichthargan.

Gortalof używał w zapalnej jaglicy. Pędzlował on tamponikiem z waty, umocowanym na paleczce i nasiąkniętym 1% roztworem ichtharganu. Już na drugi dzień po pędzlowaniu zwykle wydzieliły i zapalne objawy zmniejszały się. (Allg. med. Central. Zeit. № 5, 1903).

323. (p.r.g.) Morphinismus.

Pressey przekonał się o zła-wiennym wpływie elektryczności statycznej przy leczeniu morfinistów. Przedewszystkiem zaburzenia żołądkowe, jak nudności, wymioty i bóle w dołku ustępują szybko po kilku lub kilkunastu 10-minutowych seansach wiatru lub prysznicu elektrycznego. To samo da się powiedzieć o drzeniu mięśni i bólach głowy; te ostatnie jednak wymagają częstych seansów (3—4 dziennie). Wreszcie, franklinizacja może być z korzyścią stosowana w zwalczaniu bólów newralgicznych, zaburzeń czyn-

ności serca i bezsenności. Dość należy, że elektryczność działa tu jeszcze i jako tonisans dla układu nerwowego. (La semaine médicale № 25. 1903).

324. (km) Pruritus.

Engmann i Loth proponują leczenie *swędzenia* za pomocą wyciągu nadnercza, opierając się na twierdzeniu Unny, że swędzenie wywołuje się brakiem sprężystości naczyń włoskowatych. Dawali oni po 0,30 nadnercza (adrenaliny) trzy razy dziennie, tak że swędzenie znikało zupełnie. (Sen. médic. № 24. 1903).

325. (p.r.g.) Variola.

Ridge od pewnego czasu stosuje w leczeniu ospy gwajakol, smarując jego roztworem w oliwie (1:80) co kwadrans pędzelkiem z waty. Smarowania takie mają, jakoby, zatrzymywać rozwój sprawy chorobowej, wywołując szybkie wysychanie pęcherzyków, bez uprzedniego ropienia; wpływają one do-broczynnie na gorączkę i usuwają przykre wyziewy chorych na ospę. Z liczby 48 chorych, w ten sposób leczonych, wyzdrowiało 45, z których 7 miało ciężką postać choroby; wpośród zaś 5 zmarłych było 4 drobnych dzieci bez szczeni-pionej ospy i 1—43-letni, alkoholik. (Sem. Méd. № 22. 1903).

IV. Z Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego.

Protokół zwyczaj. posiedz. Tow. Lek. Lubelsk. z d. 4/II 1903.

1. Kol. Dobrucki przedstawił chorą 25 l. R. P. po dokonanej operacji przyszycia nerki.

Nerka prawa, zkądnad zupełnie zdrowej dziewczyny, była tak opuszczoną, że sięgała do ości przedniej górnej talerza biodrowego (spina ilei anterior superior). Chora miała ciągłe bóle w nerce i nie-

możność pracowania, podczas roboty zmuszoną często była siadać odpoczywać aż się ból w krzyżu i w boku uspokoją. Zdesperowana swem niedołęctwem do pracy, chora bardzo chętnie zdecydowała się na operację. Cięcie ukośne (d'Antona-Bergman'a). Nacięcie capsulae renalis podług Obalińskiego, a następnie przyszycie nerki podług Rottera t. j. uniesienie nerki ku górze szwem przechodzącym przez mięsz takowej, oba zaś końce nitki przeprowadza się naokoło 12 żebra przez skórę na zewnątrz i tu się wiąże na wałku z gazy jodoformowej; tym sposobem nerka bardzo znacznie się unosi ku górze. Oprócz tego kilka zwykłych szwów umocowujących nerkę do muscili quadrati lumborum. Po nałożeniu wszystkich wyżej wymienionych szwów ranę całą zatamponowano gazą jodoformową. Rana zagoiła się przez granulacye. Obecnie chora ma się doskonale, nie doznaje żadnych bólów. Nerka leży w swoim miejscu, dolny brzeg jej zaledwie daje się wyczuć pod łukiem żebrowym (Str. własne).

2. Tenże przedstawił chorą po owariotomii.

Rozalia Sz., 53-letnia włościanka, zamężna, sześć razy rodziła, zawsze była zdrowa. Peryody ustały przed trzema laty. W marcu r. b. po raz pierwszy spostrzegła powiększenie brzucha i poczuła pewien ciężar w takowym. Brzuch od tego czasu zaczął gwałtownie się zwiększać, przyczem chora nie miała żadnych zaburzeń ani ze strony pęcherza, ani też odbytnicy. Przy badaniu okazuje się cała dolna część brzucha, rozpoczynając na dwa palce nad pępkiem, wypełnioną guzem elastycznym, chębojącym we wszystkich kierunkach, mało względnie ruchomym; guz zagłębia się do miednicy. Wolnego płynu w jamie otrzewny wykryć się nie daje. Badanie przez pochwę wykazuje, że guz ten znajduje się w dość luźnym związku z macicą.

Rozpoznanie: Torbiel jajnika jednokomorowa.

Przy uspieniu chloroformowem 6 listop. dokonano operacji. Cięcie w linii środkowej, 10 ctm. długie. Guz okazał się torbielą jednokomorową jajnika bez żadnych zrostów. Po przekłuciu i wypuszczeniu mętnawego kolloidalnego płynu trójgranicem, całą torbiel udało się wydobyc na zewnątrz i odciąć po poprzednim podwiązaniu szypuły. Ta ostatnia była dość szeroką, tak, że nałożono na nią podwiązkę łańcuszkową, złożoną z czterech części. Zszywie brzucha 2 piętrowym szwem. W przebiegu nieznaczne ropienie w paru szwach powierzchownych. Zupelne wyzdrowienie. (Str. własne).

3. Kol. R u d z k i odczytał obszerniejszą pracę p. t. „Obraz kliniczny i rozpoznanie różniczkowe choroby Addisona“ (rzecz ta w całości będzie ogłoszona drukiem).

4. Tenże przedstawił chorą z prawdopodobną chorobą Addison'a.

Wyrobnicza 64 l. kaszle od 20 lat; w ostatnich 3-ach latach ogromnie osłabła: bardzo łatwo męczy się przy chodzeniu. Od kilku lat doznaje bólów w nogach i rękach. Drugi rok miewa bóle pod piersiami. Cierpi na zaparcie stołca, trwające po kilka dni.

Główne dane badania przedmiotowego: zmiany w zabarwieniu skóry: twarz szara, barki i kark brązowe z jaśniejszemi i ciemniejszymi pasmami i plamami, na piersiach, plecach i brzuchu brązo-

wawe nierówne plamy; gdzieniegdzie widać małe czarne plamki i vitiligo; na górnych kończynach niewielkie zmiany w zabarwieniu, dolne — nie zajęte. Na języku ciemne pasy i plamki; również na wargach ust na wewnętrznej powierzchni policzków oraz na podniebieniu. Wybitna adynamia i łatwe wyczerpywanie się (siłomierz wykazuje: prawa ręka 15—3—0, lewa 20—5—0). Osłabienie działalności serca. Dużo rzeżeń wilgotnych w płucach, szczególnie w szczytach, nad którymi dźwięk wypukowy stosunkowo stłumiony. Obrzęki nóg i tułowia. Powiększenie i holesność wątroby. Ascites. Ślady białka w moczu przy c. g. około 1015 i braku składników nerkowych w osadzie. Owrzodzenie na mostku.

Na mocy: zabarwienia skóry i błon śluzowych, wyczerpania mięśniowego, pewnych zaburzeń trawiennych, bólów w kończynach kol. R. stawia rozpoznanie choroby Addison'a ze zmianami w splocie słonecznym i nadnerczach, w tych ostatnich przypuszcza gruźlicę wobec podejrzanych zmian w płucach i owrzodzenia na mostku. (Przypadek będzie podany do druku). *(Autoreferat)*.

5. Tenże przedstawił okazy sekcyjne w przypadku choroby Addison'a, powikłanej wrzodem żołądka okrągłym.

Litograf 57 l. miał za życia wszystkie objawy choroby Addison'a: b. ciemne zabarwienie skóry i błon śluzowych, łatwo występujące wyczerpanie mięśniowe, zaburzenia trawienne w postaci odbijania, gniecienia w dołku po jedzeniu, brak łaknienia i zjawiającego się od czasu do czasu rozwolnienia; bóle w dolnych kończynach; przygnębienie psychiczne.

Chory zmarł przy objawach ostrego zapalenia otrzewny, którego bliższa przyczyna nie była wiadoma. W nadnerczach przypuszczano gruźlicę wobec pewnych zmian w wierzchołku prawego płuca.

Na seceji znaleziono: owrzodzenie w prawym wierzchołku ze wzrostami opłucny; czarne plamy na pleurae parietales; sino-czarne zabarwienie obu płuc. Przerost serca. Zanik bury wątroby z zabarwieniem jej na czekoladowy. Wrzód okrągły żołądka na przedniej ścianie koło małej krzywizny z przedziurawieniem i następczem ropnem zapaleniem otrzewny. Zanik nadnerczy, z tkanki których pozostały tylko nieznaczne szczątki.

Prelegent podkreśla połączenie choroby Addisona z wrzodem okrągłym żołądka, dotąd nie opisane u ludzi, lecz będące w analogii z pracami doświadczałnemi na zwierzętach, u których po uszkodzeniach splotu słoneczowego otrzymywano zmiany odżywcze w żołądku z wrzodem okrągłym włącznie. Przypadek będzie podany do druku.

(Autoreferat).

6. Kol. K o r c z a k przedstawił wątpliwy przypadek choroby Addison'a, stanowiący przyczynek do dyagnostyki ciemnych zabarwień skóry.

„Ze względu na różnorodność stanów chorobowych, w przebiegu których może zjawiać się ciemne zabarwienie powłok zewnętrznych, pozwalam sobie zająć uwagę Sz. Panów opisem przypadku takiego ciemnego zabarwienia skóry, obserwowanego przez czas dłuższy w szpitalu Jana Bożego.

Józef F., lat 60, mieszczanin, kawałier, zapisał się 16/IX 1902 r. do szpitala, uskarżając się na kaszel i duszność.

Wywiady. Według opowiadania, chory w dzieciństwie nigdy nie chorował; w 15-ym roku życia zaczął pomagać ojcu w pracy, jako mularz; w 19-ym roku został zesłany na Syberję, gdzie spędził 23 lata. Tam przebył jakąś gorączkową chorobę, trwającą kilka tygodni, a następnie będąc w łaźni, jak opowiada, dostał jakichś krost dokoła odbytu, które przeszły na penis; chory nie leczył się zupełnie, dzięki czemu glans penis, zgangrenowana odpadła. Wracając do kraju, przeszedł całą przestrzeń piechotą w ciągu 7 miesięcy. Po 2 latach pobytu w kraju wyruszył do Rosji na zarobek; tułał się w ciągu paru lat po południowo-zachodnich guberniach, dotarł do Bachmutu, gdzie spędził 9 lat. Z Bachmutu, jako chory, odstawiony został do kraju.

Stan obecny. Chory wzrostu średniego, budowa ciała średnia, odżywienie wogóle lichę; podściółka tłuszczowa zanikła. Ogólne zewnętrzne powłoki ciemno zabarwione, szczególniej tułów i szyja, kończyny zaś i twarz mniej zabarwione. Na tem ciemnym tle na plecach występują jaśniejsze miejsca w postaci okrągłych plamek. Skóra wogóle sucha, chropowata. Takie samo ciemne zabarwienie znajdujemy na błonie śluzowej miękkiego podniebienia i łuków. Na granicy miękkiego i twardego podniebienia z każdej strony znajduje się ciemna plamka wielkości grochu. Mięśnie wiotkie; badanie dynamometryczne siły mięśniowej dało następujące cyfry: dla presyi—prawa ręka: 19—20 kilo; lewa—15—12; dla trakcyi 13—14 kilo.

Dla porównania tych wyników poddaliśmy badaniu kilku innych chorych (emfizematyków) i rezultaty otrzymaliśmy mniej więcej te same: wahania na 1—2 kilo w stronę \pm .

Poruszalność klatki piersiowej w ogóle mała; liczba oddechów 22 na minutę; odgłos wypukowy jasny; w dolnych częściach z bębinkowym odcieniem, w prawym szczycie nieco przytłumiony. Szmer oddechowy w prawym szczycie nieco zaostrozony, w częściach dolnych płuc szmer słaby. Na całej przestrzeni płuc wysłuchują się wilgotne rżenia, szczególniej w dolnych ich odcinkach. W szczytach — w mniejszej ilości. Płwocina—śluzowo ropna, dość obfita. Badanie jej mikroskopowe nie wykazało łaseczników Koch'a.

Wstrząśnienia serca nie widoczne; ściśle umiejscowionego uderzenia wierzchołka serca dostrzedz nie można. Tępość serca zmniejszona; tony serca czyste, lecz słabe; tętno 80, miarowe.

Brzuch przy wymacywaniu nie bolesny. Znajdujemy obustronne herniae inguinales directae. Badanie organów jamy brzusznej nie wykazuje żadnych zmian.

Mocz w ilości 1300 ctm. sz., ciemny, odczynu kwaśnego, ciężaru właściwego 1021; białka, ani cukru nie zawiera.

Dalsza obserwacya chorego nie wykazała żadnych innych zmian; w czasie pobytu w szpitalu chory nigdy nie miewał zaburzeń gastrycznych, nie uskarżał się na bóle; stolce miewał i ma prawidłowe; raz tylko zjawilo się rozwolnienie, które pod wpływem leczenia po paru dniach ustąpiło.

Naszkiwowany powyżej obraz kliniczny cierpienia zasługuje, mojem zdaniem, na większe zastanowienie się, na ściślejszą analizę.

Bez wątpienia, ciemne zabarwienie skóry i błon śluzowych, tak wybitnie występujące u naszego chorego, pomimowoli nasuwa myśl o chorobie Addison'a. Otóż zjawia się pytanie, czy opisany symptomokompleks wystarcza, by rozpoznać chorobę Addisona? Sądzę, że nie.

Przedewszystkiem—ciemne zabarwienie skóry jest to objaw, który sam przez się absolutnie niczego jeszcze nie dowodzi, nie rozstrzyga sprawy. Wiadomo bowiem, że w przebiegu takich chorób, jak gruźlica, rak, ciężka malarya może się zjawić ciemne zabarwienie skóry, nadzwyczaj podobne do takiegoż zabarwienia w chorobie Addison'a¹⁾. Tak zwana choroba włóczęgów—melanodermia e pediculis bardzo często powoduje obszerne i mocne zabarwienie nie tylko skóry, ale i błon śluzowych²⁾. Następnie brązowe zabarwienie w chorobie Addison'a nie ma w sobie nic specyficznego, jemu wyłącznie właściwego, ponieważ, jak wykazały badania Nothnagel'a, skóra brązowa histologicznie niczem się nie odróżnia, dajmy na to, od normalnej skóry negra, lub patologicznie zabarwionej skóry w innych charłaczyczych chorobach, jak gruźlica lub rak. Różnica tylko ilościowa³⁾. Wreszcie, obserwowano pojedyncze przypadki choroby Addison'a (ogólne osłabienie, zaburzenia gastryczne; sekcya wykazała zmiany w nadnerczach) bez brązowego zabarwienia skóry⁴⁾.

Jeśli więc pozostawimy na stronie zabarwienie skóry, jako objaw nie rozstrzygający kwestyi, to dlatego, by w danym przypadku rozpoznać chorobę Addisona, w obrazie klinicznym zabraknie nam przede wszystkim objawów gastrycznych, które zazwyczaj występują, jako pierwsze objawy poczynającej się sprawy chorobowej i na miesiące całe poprzedzają zabarwienie skóry⁵⁾; zabraknie nam tej stopniowo rozwijającej się ogólnej adynamii, która przykuwa chorych do łóżka, robi ich niezdolnymi do najmniejszych wysiłków fizycznych, skazuje ich na całkowitą bezczynność. Jest to nieuchronny wynik choroby.

Nic podobnego nie znajdujemy u naszego chorego. Zabarwienie, jak twierdzi chory, trwa już 9—10 lat, chory sił nie traci, zaburzeń gastrycznych nie miał i nie ma. Z drugiej strony—jest to typ wagabundy, który latami całemi włóczył się po świecie, narażony bywał na wszelkiego rodzaju szkodliwe atmosferyczne wpływy, w noclegi w karczmach, żąd od zabierał ze sobą część ich brudów i robactwa. A więc, najprawdopodobniej mamy do czynienia w danym przypadku z melanodermia e pediculis, co stwierdzają wyżej opisane nie zabarwione, białe miejsca, rozrzucone po plecach, jako ślady blizn od drapania.

1) Stern. „Choroba Addison'a“ w Patologii szczegółowej prof. Meryng'a.

2) Ibidem oraz Traité de Medecine T. V.

3) Limbeck. „Choroba Addison'a“ w Bibliotece nauk lekarskich prof. Drasche.

4) Stern. „Choroba Addison'a“ w Patol. szczegół. prof. Meryng'a.

5) Jaccoud. Patologia szczegółowa. T. 3. polskie tłumaczenie.

Kończąc tę krótką wzmiankę, jeszcze raz nadmienię, że w tych przypadkach brązowego zabarwienia skóry, gdzie jednocześnie nie występują wyraźnie zaburzenia gastryczne i adynamia, trzeba być bardzo ostrożnym, by nie przecenić zbytnio tego objawu i nie przypisywać mu znaczenia, którego on faktycznie nie posiada, można bowiem bardzo łatwo popełnić błąd dyagnostyczny, jakim prawdopodobnie są i te 85 przypadków choroby Addison'a opisanych w literaturze, gdzie sekeya nie wykazała zmian w nadnerczach, czego wymaga Addison“

(Autoreferat).

W dyskusji nad odczytem kol. Rudzkiego Jarnuszkiwicz zaznacza, że, podług najnowszych teorii, gruczoł nadnerczowy, jak i inne gruczoły bez wydzielającego otworu, neutralizuje pewne toksyny (brenckatechinę), wytwarzane w organizmie; o ile więc gruczoł ten jest chory, nie spełnia w dostatecznym stopniu swej funkcji i wówczas wskutek zatrucia organizmu powstaje obraz kliniczny choroby Addison'a.

Kol. Biernacki robi zarzut kol. Rudzkiemu, że przy rozpoznaniu choroby Addison'a stawia na pierwszym planie charakterystyczne zabarwienie błon śluzowych; jednakże spotykamy przypadki, gdzie przy obecności ciemnych plam na błonie śluzowej jamy ustnej zabarwienie skóry niewątpliwie jest zabarwieniem wagabundy; wogóle, zmiany barwikowe na skórze i błonach śluzowych nie wystarczają, aby u danego osobnika postawić rozpoznanie choroby Addison'a: trzeba jeszcze objawów żołądkowych i adynamii. Wobec tego rozpoznanie cisawki u przedstawionej przez prelegenta chorej należy uważać za wątpliwe. Co się tyczy preparatów sekcyjnych, przedstawionych przez Rudzkiego, to Biernackiego dziwi, że na zasadzie jednego przypadku prelegent robi uogólnienie, że powstawanie wrzodu okrągłego w żołądku jest zależnem od zachorowania nerwu współczulnego. Wogóle, bez mikroskopowego badania preparatów nadnercza nic określonego powiedzieć nie można.

Kol. Cynbergowi wydaje się, że przedstawiona chora z rzekomą chorobą Addison'a przedstawia tylko zbiór objawów, właściwych uwiadowi starczemu, z dodaniem często spotykanych w klasie ubogiej zmian w zabarwieniu skóry.

Kol. Jaczewski zastrzega się, że trudno jest spierać się z prelegentem, który miał w obserwacji 9 niewątpliwych przypadków choroby Addison'a, zaznaczyć jednak należy, że w opisie swoim prelegent pominął milezeniem fakt, że blizny w tej chorobie także przyjmują barwnik; co zaś do pigmentacji błony śluzowej, to nie jest ona objawem patognomicznym dla choroby Addison'a, bo widzimy ją i w przypadku, przedstawionym przez kol. Korczaka. Demonstrowany przez prelegenta przypadek nie jest typowym — pigmentacja u chorej jest tylko na karku, co może zależeć od pthiriasis. Można sobie także zawsze zadać pytanie, czy zabarwienie skóry nie jest zależnem od jakichś zmian w organach wewnętrznych, jak to bywa np. przy peritonitis tuberculosa, chloasma uterinum i t. p., gdzie pigmentacja trwa tylko do czasu istnienia danego cierpienia.

Kol. Rudzki w odpowiedzi kol. Jarnuszkiewiczowi zaznacza, że w odczycie swym miał na widoku głównie przedstawienie obrazu klinicznego i rozpoznania różniczkowego choroby Addison'a, poglądów zaś na istotę tej choroby nie poruszał; za najprawdopodobniejszą jednak i najwięcej rozpowszechnioną teorię uważać należy nadnerczowo-nerwową, wysnuwaną ze ścisłego związku troficznego pomiędzy gruczołami nadnerczowymi i nerwem spółczulnym.

Kol. Biernackiemu odpowiada, że osobiście nie uważa bynajmniej zjawienia się ciemnych plam na śluzowych za objaw ściśle patognomoniczny dla choroby Addison'a; zdanie takie jednak było wypowiedziane przez niektórych autorów (Guttman, Dézirra t), wszyscy zaś zgadzają się na to, że plamy ciemne na błonach śluzowych bardzo silnie przemawiają za cisawką, gdy inne objawy tej choroby są mniej wyraźne; sam prelegent u wszystkich spostrzeganych przez się 10-u chorych z morbus Addisonii miał ten objaw i uważa go również za bardzo ważny dla rozpoznania różniczkowego. Wychodząc z zasady, że ciemne zabarwienie skóry i śluzowych zależy wogóle od schorzenia nerwu spółczulnego (pogląd, propagowany głównie przez prof. Neussera i jego szkołę), kol. R. wypowiada zdanie, że nawet w tych — bardzo zresztą nielicznych — przypadkach, w których spostrzegano ciemne zabarwienie śluzowych u osobników, nie cierpiących na chorobę Addison'a, wykluczenie zmian w nadnerczach nie rozstrzyga sprawy, gdyż badanie drobnowidzowe nerwu spółczulnego i tu wykazałoby, prawdopodobnie, schorzenie jego; stosuje się to szczególnie do tych wątpliwych przypadków, w których przy pediculosis opisywano wystąpienie plam ciemnych na błonach śluzowych.

Zgadzając się z kol. Biernackim, że nauka obecnie dąży wogóle do usunięcia patognomniczności objawów, prelegent właśnie wobec tego nie rozumie, dlaczego kol. Biernacki odrzuca chorobę Addison'a u kobiety, przezeń przedstawionej, gdyż jedyny zarzut braku zaburzeń w narządach trawiennych świadczyłby, że opo-
nent uważa ten objaw miłośnicie za patognomiczny.

Przystając również na to, że w wielu razach ważne jest dla rozpoznania ogólne wejrzenie chorego, kol. R. przypuszcza, że do wyrobienia tego sposobu rozpoznawania przyczynia się doświadczenie, oparte na spostrzeganych poprzednio podobnych przypadkach; mając tedy w pamięci swych 10-u chorych na cisawkę, kol. R. twierdzi — wbrew zdaniu kol. Biernackiego i kol. Korczaka, że przedstawiony przez tego ostatniego chory robi wrażenie cierpiącego właśnie na morbus Addisonii. Wobec zaś swoistych zmian w zabarwieniu skóry i błon śluzowych; istniejących, choć nie wybitnych, zaburzeń trawiennych i adynamii; wreszcie, wobec współistnienia zmian gruczołowych w płucach, kol. R., nie odrzucając dawnej pediculosis — przychyła się do rozpoznania u tego chorego choroby Addison'a, prawdopodobnie z przewlekłymi zmianami gruczołowymi w nadnerczach.

Co do przypadku powikłania choroby Addison'a wrzodem okrągłym żołądka, prelegent nie robi uogólnień klinicznych z jednego spo-

strzeżenia, a więcej podobnych opisów w piśmiennictwie nie znalazł. Sądzi jednak, że omawiany przypadek zasługuje na większą uwagę, gdyż potwierdza doświadczone prace na zwierzętach z wycięciem lub uszkodzeniem spłotu słońcowego (prelegent powołuje się na doświadczenia doc. Popielskiego oraz najnowszą pracę D a l l a V e d o v a, z której wyciąg przytacza). Jedyne wnioski, jakie kol. R. chciałby wysnuć z omawianego przypadku, jest ten, że w chorobie Addison'a, resp. zajęciu spłotu trzewiowego, mogą być i u człowieka poważne cierpienia anatomiczne w żołądku, że więc nie należy lekceważyć zaburzeń trawiennych, spostrzeganych zwykle w chorobie Addison'a, chociażby klinicznie były one wyrażone bardzo słabo.

Kol. Cynbergowi odpowiada prelegent, że w żadnym razie nie może zgodzić się ze zdaniem jego, iż przedstawiona chora cierpi jedynie na uwiad starczy, włączając w to nawet miażdżycę naczyń, osłabienie serca z następczymi obrzękami i t. d. Kol. R. przypuszcza, że w tym przypadku rozpoznanie choroby Addisona nie ulega wątpliwości, gdyż wszystkie klasyczne objawy są obecne: ciemne zabarwienie skóry niejednolite, na niem ciemniejsze plamki i vitiligo; plamy i smugi czarne na języku, wargach i błonie śluzowej jamy ustnej; wybitna adynamia, bóle i zaburzenia trawienne; stopień napięcia poszczególnych objawów nie gra roli, jak to prelegent wykazał w swym odczycie.

Wreszcie, w odpowiedzi kol. J a c z e w s k i e m u, kol. R. zaznacza, że blizny w chorobie Addison'a rzeczywiście bywają zwykle mocno zabarwione, lecz mogą pozostać i zupełnie białe; chora przedstawiona ma jedną wielką bliznę na brzuchu, zabarwioną na ciemno. Zgadza się z oponentem, że u przedstawionej chorej najwybitniejsze zabarwienie karku mogło zależeć i od wpływów zewnętrznych (działanie słońca), a inne zabarwienia „zależne są od zmian w organach wewnętrznych“, kol. R. podnosi, że nie obala to rozpoznania choroby Addison'a, a nawet potwierdza je: części, odkryte na działanie światła, zwykle w tej chorobie bywają najsilniej zabarwione, szczególnie kark i szyja, co zaś do ogólnego zabarwienia, powstaje ono przy udziale nerwu spółczulnego, niezależnie od tego, co wywołuje jego schorzenie; współistnienie innych objawów w omawianym przypadku przemawia za niedomogą nadnerczy, zabarwienie zaś świadczy o zajęciu i nerwu spółczulnego. Drobnowidzowe badanie skóry może przyczynić się do rozpoznania byłych spraw zapalnych miejscowych (resp. pediculosis); do odróżnienia jednak zabarwienia w chorobie Addison'a od tegoż w innych cierpieniach wewnętrznych nie dopomoże, gdyż wyniki otrzymują się jednakowe.

(Streszczenie własne).

7. Kol. A r n s t e j u odczytuje rzecz o jednostronnych wylewach płynu do jamy opłucny w cierpieniu serca.

„Od dość dawnego czasu spostrzegałem przypadki jednostronnych przesięków do opłucny.

Przypadki te były dla mnie niejasne; na naradach z kolegami bardzo często wypadało mi słyszeć zarzuty, że przesięki zwykle bywają dwustronne, że są zjawiskiem zwykłym tylko przy daleko po-

sunięciem osłabieniu serca i bardzo niedowierzająco zapatrywano się na rozpoznanie jednostronnego przesięku. Zwróciło moją uwagę, że przesięki często zdarzają się po prawej stronie, że przebiegają dość uporeczywie, że występują one wtenczas, kiedy większych wyraźniejszych zmian ze strony mięśnia sercowego spostrzedz nie można. Jeden z tych ostatnich przypadków, który mam świeżo w pamięci, pozwolę sobie tu przytoczyć: przypadek ten obserwowany był przeze mnie wspólnie z kol. Chodźką, Dobruckimi i Jarnuszkiewiczem:

40-letni S. przed 9-ciu laty zachorował na zakaźną chorobę, określoną wtenczas jako influenzę, w której jednocześnie spostrzeżono endocarditis; od tamtego czasu datuje się szmer presystoliczny przy wierzchołku serca, który pozostał po dzień dzisiejszy; poprzeczny wymiar serca powiększony. Ojciec pacyenta zmarł skutkiem wady serca. 8 lat temu wystąpiły napady anginae pectoris, bardzo uporeczywe, które trwały przez dość długi czas, poczem znikły, nie pozostawiając żadnych zaburzeń ze strony serca, nawet najmniejszej duszności. Od lat przeszło 6-iu rozwinęły się objawy neurastenii, które wystąpiły na pierwszy plan, i przeciwko nim były głównie skierowane zabiegi lecznicze.

Kol. Chodźko ze względu na to, że chory przy ruchach i chodzeniu skierowany jest na prawo, że chodząc np. ulicą, trzyma się prawej strony, obawiając się utraty równowagi, że padając, pada ciągle na prawo, że w ruchach nabrał jakby skrzywienia kręgosłupa na prawo, że często zatacza się na prawo, że z prawej strony jest fussclonus, symptom Babińskiego również z prawej strony wyrażony, że tonus mięśniowy z prawej strony w ogóle jest silniejszy, nystagmus w oku prawem przy patrzeniu na lewo, prawy odruch kolanowy silniejszy niż lewy, prawy odruch brzuszny z cremaster jest słabszy niż lewy, prawa źrenica oddziaływa na światło słabiej niż lewa—chód przy zamkniętych oczach utrudniony, hemianaesthesia sinistra, punkty hysterodone; na zasadzie tych wszystkich danych przypuszcza możebne rozpuszczenia nowotworu in cerebello.

Otóż, dnia 3 Października 1902 r. wśród pozornego zdrowia pacjent dostał bólu w krzyżu, plecach, okolicy wątroby, rozgałęziającego się po brzuchu; charakteru bólu bliżej określić nie mógł, przeważnie jednak jakby go ktoś szarpał; ból nie pozwalał mu leżeć, ani siedzieć, przy chodzeniu nie powiększał się; przy dotyku nigdzie bolesności silniejszej wywołać nie było można; nieco więcej wrażliwą była okolica kręgosłupa, ale nigdzie stałego punktu bolesnego oznaczyć nie można było. Jednocześnie wystąpiły wymioty uporeczywe, trwające prawie bez ustanku z niewielkimi paузami przez godzin 24; w paузach nudności. Bólów głowy, ani też zawrotów podczas tego ostatniego wypadku nie było; pacjent nie skarżył się na brak oddechu, ani na duszność, ani też na bóle w okolicach mostka lub serca. Tętno do 100 uderzeń na minutę, dość równe, pełne. Temperatura nie przechodzi za 37,1. Szmer w sercu wyraźny. Następnie trwały jeszcze nudności przez jakie 2 dni, jak również bóle słabsze w krzyżu.

Bol w okolicach wątroby trwał stosunkowo długo, prawie do tygodnia. Chory przez pierwsze dwie noce nie spał ani chwili. 3-go dnia choroby przy normalnej temperaturze spostrzeżono stłumienie odgłosu opukowego z prawej strony z tyłu, następnie wystąpiło stępienie z tejże strony, idące od tyłu prawie od kąta łopatki na całej przestrzeni, ku przodowi dochodzące prawie do lin. mamillaris dextra. Osłabienie głosu i oddechu znaczne—w głębi słychać oddech oskrzelowy.

W lewej opłucnej nie podobnego znaleźć nie mogliśmy, ani śladu płynu.

Temperatura do końca choroby normalna i niżej—Obstipatio alvi. Diureza dobra. Nie ulegało wątpliwości, że mamy do czynienia z płynem—przesiękiem, gdyż chory nie gorączkował, płyn rozwinął się szybko u pacjenta z wadą serca.

Rozpoznanie nasze przesięku motywowaliśmy discompensatione cordis, która mogła nastąpić samodzielnie, lub też wymioty obfite, trwające prawie nieustannie przez godzin 24, wyczerpały mięsień sercowy, skutkiem czego tenże stał się niewydolnym.

Jaka przyczyna mogła wywołać tak obfite wymioty i inne opisane objawy, nie było dla nas jasnym. Była rzucona myśl, że możebną jest rzeczą, aby discompensatio w ten sposób się przejawiała. Drugie przypuszczenie nasze było, jakoby objawy dane wywołane zostały cierpieniem nerwowem lub też nawet mózgowem, a w następstwie rozwinęła się discompensatio.

Zagadkowym było dla nas jednostronne zjawienie się płynu przy czynności serca stosunkowo dobrze unormowanej, przy braku innych ogólnych zaburzeń, przy diurezie dobrej. Zastosowaliśmy jednak naparstnicę, która pozostała bez skutku na przesięk, dopiero w kilkanaście dni potem powoli zniknęło stępienie.

Przez jakie dwa tygodnie chory czuł się dobrze, chodził, oddawał się zwykłemu zajęciom. Dnia 23 listopada 1902 r. występuje napad podobny do pierwszego; różni się tem, że wymioty powtarzają się tylko trzykrotnie w ciągu doby, natomiast nudności trwają przez dni 3; bóle w okolicach wątroby, krzyża, pleców o wiele silniejsze. Puls dochodzi do 100; przy opukiwaniu lekkie stłumienie z prawej strony z tyłu pod łopatką, które wkrótce znikło.

Kwestya jednostronnych przesięków w chorobach mięśnia sercowego w ostatnich czasach zajęła klinicystów.

D. Gerhardt pierwszy opisuje 7 przypadków wylewu płynu do opłucny u chorych na serce, które zajmują samodzielne miejsce w dziedzinie chorób w ogóle, przeważnie występując w chorobach mięśnia sercowego, umiejscawiając się w prawej stronie klaski piersiowej. Pomimo częstych punkcji i podania naparstnicy płyn pozostaje przez dłuższy czas—Etylogia była niejasna. Niektórzy autorzy mówią o kombinacji pleuritis exsudativa i hydrothorax.

Huchard przypuszcza, że po większej części prawostronne wylewy do opłucny zdarzają się u chorych z wadami aorty, łuku i części wschodzącej.

Wyczerpujące wyjaśnienie tej kwestyi znajdujemy w pracy D-ra Esser'a z Bonn: „Ueber Pleuraergüsse bei Herzkranken“.

W przypadkach Esser'a zmiany w prawostronnych Hilus i bronchialnych gruczołach wydadne, również zmienione były gruczoły in mediastino; po lewej zaś stronie przy sekcji znaleziono zaledwie kilka gruczołów wielkości orzecha laskowego, twardych, pigmentowanych.

Następnie objaśnia Esser, dlaczego wylewy do opłucny zdarzają się najczęściej w cierpieniach mięśnia sercowego: cierpienia mięśnia w ogóle wcześniej i częściej, niż cierpienia zastawek, dają powód do zastoju limfy, a wady serca tylko wtedy, gdy mięsień sercowy z jakichkolwiek powodów stał się insufficiens, jak to prawdopodobnie było w naszym przypadku. Rozstrzyga następnie kwestyę, dla czego te wylewy przeważnie występują z prawej strony: podług Henle'go, po prawej stronie płyn limfatyczny z wewnętrznej powierzchni thoracis przechodzi w truncus broncho-mediastinicus, w który między innymi wpadają vasa efferentia gruczołów oskrzelowych; tymczasem, po lewej stronie vasa efferentia wprost przechodzą w ductus thoracicus. Wzmógłony ucisk w wenach uniemożliwia bezpośrednio przejście limfy do krwiobiegu, powiększa transsudacyę, a inne drogi przez kanały chłonne są po większej części zatkane. W ten sposób możemy wytłomaczyć sobie uporczywość tego rodzaju wylewów, a następnie i powiększony ciężar gatunkowy, co naprowadziło niektórych autorów na myśl kombinacyi przesięku z wysiękiem.

Nakoniec, w naszym przypadku, opierając się na zdaniu Jurgensen'a, który spostrzegał podobne zjawiska, możemy jeszcze przypuścić, że jednostronność przesięku została spowodowana przez nawykowe przechylanie się ciała pacjenta na prawą stronę, co mogło wywołać działanie siły ciężkości w jednym kierunku“.

(Autoreferat).

W dyskusyi kol. Dobrucki zaznacza, że w tej samej kwestyi pisał już dawniej Puławski.

Kol. Rudzki przytacza spostrzegany przez się podobny przypadek, w którym u młodej chorej z niewyrównaną wadą serca (niedomykalność zastawki dwudzielnej) oraz wysiękowem zapaleniem osierdzia wystąpił jednostronny wylew w jamę prawej opłucny; wypuszczono przeszło 2¹/₂ litra płynu przezroczystego, bursztynowej barwy, o ciężarze gatunkowym 1.010 i niewielkiej stosunkowo zawartości białka. Przesięk nie powtórzył się więcej przy ogólnem leczeniu, które w znacznym stopniu wróciło wyrównanie.

(Streszczenie własne).

8. Kol. Tymiński opisuje przypadek cięcia cesarskiego z powodu pęknięcia macicy przy porodzie (z przedstawieniem okazu anatomicznego).

„Michalina W., 42 lat, zamężna. 5 razy rodziła prawidłowo żywe i donoszone dzieci; na 6-y poród przed 1¹/₂ rokiem, przybyła na tułszy oddział położniczy z zaniedbanem poprzecznym położeniem i wypadnięciem rączki płodu. Tu dokonana została embryotomia i po

10-iu dniach prawidłowego przebiegu poporodowego chora wyjechała zupełnie zdrowa. 24 stycznia r. b. znów przybyła na salę położnic, jako 7-y raz rodząca. Przez cały czas ostatniej ciąży czuła się zupełnie dobrze; 23 stycznia r. b. we właściwym czasie, w końcu 9-go miesiąca, wieczorem dostała bólów porodowych, zupełnie prawidłowych, a około 4-ej zrana odeszły wody i jednocześnie wypadła rączka i pępowina. Bóle w krótkim czasie wystąpiły bardzo silne i częste i po południu tegoż dnia chorą przywieziono do szpitala w następującym stanie: położnica cokolwiek sina na twarzy, z zapadniętymi oczami i rysami twarzy, mowi po ciechu, język suchy, tętno w tętnicy skromionowej ledwo wyczuwalne; T° $36^{\circ},5$, kompletny upadek sił; skierzy się na silny ból w prawym boku. Wymiary miednicy: D. sp. = 29,5, D. cr. = 31,5, D. tr. = 32,5; Conj. Baudel. = 19,75; Conj. vera około 10 ctm.; bóle porodowe bardzo słabe, co 10—15 minut, uryna krwawa, ze szpary sromnej niema żadnego krwawego odchodu. Kształt macicy dosyć oryginalny: z lewej strony powyżej pępka wyczuwa się zupełnie ograniczona kulista część (jakby guz), wielkości główki dziecka, dość twarda, która w dolnej swej części łączy się z dnem macicy, wyczuwalnem na 4 poprzeczne palce poniżej pępka; tu macica miękka i bolesna na dotyk; drobne części płodu nie wyczuwalne. Na zewnątrz dużych sromnych warg wypadnięta i obrzęknięta prawa rączka płodu i duża pęta nie tętniącej pępowiny; bicia serca płodu nie słychać. Przy wewnętrznem badaniu znajdujemy pełne otwarcie ujścia, przednia warga macicy trochę obrzęknięta, dosyć mocno wstawiony prawy bark i łopatka, plecki zwrócone do przodu; przy forsowniej-szem jednak wprowadzeniu palców można skonstatować z prawej strony przerwę w ciągłości macicy (miejsce pęknięcia) i przez powłoki brzuszne wyczuwają się zupełnie wyraźnie wprowadzone do macicy palce. Przy tem badaniu położnica krwawi, ale nieznacznie. W pierwszej chwili chora dostała opium. Wobec tak ciężkiego stanu chorej nie mogło być już mowy o obrocie z obawy powiększenia pęknięcia macicy i pozostawało wybierać pomiędzy rozkawałkowaniem płodu a cięciem cesarskiem. Ze względu jednak na szybsze wydoby-cie płodu i łożyska, na możność zaszcicia pękniętego miejsca, możli-wie dokładnego oczyszczenia jamy otrzewny ze skrzepów krwi a także możliwość podwiązania krwawiących naczyń, większe szanse przedstawiało cięcie brzuszne. Przeto, po uprzedniej zgodzie ze strony chorej i jej męża, wspólnie z kol. Jaworskim i kol. Dobruckim przystąpiliśmy do wykonania operacji sposobem klasy-cznym. Wobec zaś normalnych wymiarów miednicy, prawidłowego przebiegu poprzednich porodów, wobec możliwości zajścia jeszcze w ciąży, i wobec chęci jak najprędszego rozwiązania położnicy ze względu na jej stan, metoda Porro została zaniechana.

Po przecięciu powłok brzusznych w jamie otrzewny znaleziono niewiele płynnej krwi, a z boku z prawej strony w dolnym odcinku macicy kompletne pęknięcie ściany, przebiegające z góry ku dołowi, długości około 5 ctm. i dalej idące aż na lewą stronę kości krzyżo-wej. Płód jednak leżał w jamie macicy i tylko przez (sztuczny otwór) pęknięte miejsce można było wyczuć drobne jego części.

W poprzek dna macicy od ujścia jednego jajowodu do ujścia drugiego zrobione było cięcie na wyżej opisaną kulistą część. Grubość ścianek macicy dochodziła w tym miejscu do 2 cm. i tu natrafiliśmy na miejsce przyczepu łożyska; przebiwszy je palcami, dostaliśmy się do nóżki, za którą wyciągnięty był płód, a potem i łożysko. Miejsce przecięcia, jak również i miejsce kompletnego pęknięcia macicy zaszyto dwupiętrowym szwem katgutowym. Po oczyszczeniu jamy otrzewny ze skrzepów krwi, przetoki brzuszne zeszyto i w dolnej części rany zostawiono worek Mikulicza: ze strony pochwy włożono aż do miejsca naddarcia pasek gazy jodoformowej. Krwawienie podczas operacji przez szparę sromową niewielkie.

Tętno po operacji cokolwiek lepiej wyczuwalne; chorej zastrzyknięto pod skórą 500,0 fizjol. roztworu soli kuchennej i kamforę; jest ona przytomna i rozmawia. W 5 godzin później przy objawach upadku sił chora zmarła.

Na sekcji znaleziono oprócz wyżej opisanego kompletnego pęknięcia zupełne oderwanie się tylnej części szyjki macicznej i silne przekrwienie tylnej ścianki pęcherza moczowego, co widzieć można na załączonym preparacie".

(Streszczenie własne).

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

V. BIBLIOGRAFIA.

Komitet sekcji higienicznej otwartej obecnie w mieście naszym wystawy sportowej, pracujący pod przewodnictwem d-ra T. H e r y n g a, wydał książkę pod tytułem „Hygiena sportu“.

Dzielo to objętości 240 stron w małej ósemce składa się z 2 działów: pierwszy obejmuje praktyczne wskazówki dotyczące higieny kilkunastu najbardziej rozpowszechnionych sportów, drugi—dział teoretyczny, ma za przedmiot fizjologię i patologię układu nerwowo-mięśniowego w ogóle.

Wobec zabiegów gwoli rozwinięcia w społeczeństwie naszym zamięłowania do ćwiczeń fizycznych i bądź co bądź zwiększającej się, chociaż wolno i kapryśnie, liczby rozmaitych sportmanów, książka ta powinna wzbudzić zainteresowanie się i jest niewątpliwie na czasie jako poradnik w licznych kwestiach higieny specjalnej. Na niekorzyść dziełka wpłynęło to, iż jest ono robotą składaną, pracą kilkunastu autorów. Ztąd różnica w opracowaniu, języku, tonie i t. d. Widać np., że jedne działy są pisane przez osoby uprawiające dany sport, o innych autorach zaś prawie na pewno można powiedzieć, że nie są aktualnymi wykonawcami sportów, o których piszą, że mówią jakby z widzenia, lub ze słyszenia, albo może ze wspomnień lat młodych. Z powodu umieszczenia działu ogólnego na końcu—autorzy poszczególnych działów zmuszeni byli pomieścić wiele ogólników o wpływie ruchów mięśniowych na krążenie, układ nerwów i t. d., zbytecznych i powtarzających się.

Tyle co do wrażenia ogólnego, oto zaś drobne usterki, jakie uderzyły nas przy czytaniu. Na str. 11—„w dnie skwarne dobrze podróżować wczesnymi rankami i po południu do samego wieczora“; wszakże od południa do 4 bywa najgoręcej. Na tejże stronie zamiast wylizania w 10 wierszach + i t. d. chorób, przy których nie można robić dłuższych wycieczek — lepiej było wprost powiedzieć, że niech je robią osoby zdrowe.

W tym rozdziale zlekka dotknięte są wycieczki w góry, co powinno by znaleźć poważniejsze miejsce w tak specjalnem dziełku. Wszakże nie tylko stosunki warszawskie powinny by być brane pod uwagę. Zresztą, i warszawiacy zapuszczają się w Tatry i nie-rzaz sobie szkodzą przez nieznaną wymagań tego odmiennego ruchu i trybu życia.

Podobnież na str. 18 autor uważa sport łyżwiarski za wolny od niebezpieczeństwa wobec dzisiejszych sztucznych ślizgawek. Ależ, czyż można rzeczy brać tak— „na miejscowy użytek“. Mówiąc o odzieży dla kobiet łyżwiarek, należałoby podkreślić potrzebę ciepłych majtek, mianowicie zapinanych z boku, a przy przeciwwskazaniach powiedzieć, czy kobieta może się ślizgać przy peryodzie, czy nie.

Można by tu wspomnieć o „ski“.

Na str. 24 autor, mówiąc o rozłamaniu w następstwie jazdy konnej, wyraża się może technicznie, sportowo, ale nie zupełnie zrozumiale dla laików, „powstaje ono wskutek naprężenia mięśni, wywołanego reakcjami ruchów konia“. Zapewne—naprężeniem grup mięśni odpowiednich, aby się utrzymać na koniu przy danych jego ruchach. Jest to ten sam ból, który występuje w nogach, krzyżu i ramionach po pierwszych próbach ślizgawki, fechtunku i wogóle każdego usilnego ruchu.

Rozdział o rowerze jest bardzo szczegółowy i opatrzony został nawet krzywemi sfgmograficznemi przed biegiem i po biegu 20 i 30 kil. Nie wiemy, czy te krzywe będą dla kogokolwiek przekonywające. Nie wiadomo bowiem, czy jadący stale zachowywał tę samą szybkość jazdy; po 30 kilometrach widać tętno rzadsze niż po 20, a więc warunki krążenia lepsze! Nie mówi autor wyraźnie o onanizmie, jakiemu oddają się często w czasie jazdy dzieci i kobiety.

Na str. 178—autor porównywa szermierza ze skrzypkiem, grającym z nut—jeszcze ściślejsze będzie może porównanie ze skrzypkiem grającym pod batutą, gdyż tu natężenie psychiczne bywa większe; batucie odpowiada w fechtunku wzrok partnera.

Autor nie jest zwolennikiem tego sportu, który w samej rzeczy powinien by przejść do szeregu różnych przeżytków, gdyby panująca obecnie powrotna fala reakcyi powszechnej nie wysuwała go znów naprzód. Z drugiej strony, właśnie przez dość duży udział strony psychicznej, co słusznie autor podkreśla, może ten sport pociągnąć osoby, które trudno namówić do innych ćwiczeń fizycznych.

Osobny rozdział stanowią wskazówki przy kwalifikacyi kandydatów do wyścigów klubowych, przeznaczone dla lekarzy. Pożądanem jest, aby kluby przyjęły zasadę kwalifikacyi lekarskiej, ale uważamy za zbyt liczne wylizanie lekarzowi tej całej litanii. Zawsze się

czegoś nie dopowie, albo powie za wiele. Chyba nikt nie będzie stawał do wyścigu w napadzie kolki wątrobianej! Z drugiej strony zaś można zapytać, czy z kamieniem pęcherza—można przystępować do wyścigu?

Praedispositio apoplectica nie może być we wskazówkach dla lekarza uważana za jedno z popularnemi „uderzeniami do głowy“.

W dziale ogólnym pióra d-ra Nussbauma spotykamy przystępnie podany zarys życia mięśnia: ruchy, odruchy, zmysł mięśniowy, wahania przemiany materji, odbywające się przy pracy mięśniowej w stanie fizyologicznym i patologicznym, o różnych postaciach zmęczenia układu mięśniowo-nerwowego i t. d.

Przy omawianiu szkodliwości, jaką pociąga za sobą nieużywanie mięśni tak dla samego układu mięśniowego, jak i dla gospodarki ogólnej ustroju, autor zwraca uwagę na to, że w zwykłych warunkach naszego życia cywilizowanego—szkodliwości te zawsze mają miejsce. Że nawet przy życiu względnie ruchliwym i połączonym z pracą fizyczną wchodzi w grę tylko pewne grupy mięśni, w pozostałych zaś, a mianowicie w antagonistach—odbywają się sprawy przemiany materji dla ustroju niepomyślne. Idealne warunki są możliwe przy wprowadzeniu w ruch wszystkich grup mięśni.

Do osiągnięcia tego ideału, aczkolwiek nie uświadamiając sobie istoty jego wpływów na gospodarkę ustroju—dąży, według pierwszego raz tu wypowiedzianego zdania d-r N., tak zwana gimnastyka szwedzka.

W końcu muszę zwrócić uwagę na mnóstwo błędów drukarskich (Heander, deleskop, holewa, billardy etc.) Zewnętrzna strona książki, druk, papier przedstawiają się poprawnie. O. H.

—w— Wyszedł z druku zeszyt I nowego miesięcznika „Ginekologia“, poświęconego chorobom kobiecym i położnictwu. Redaktorem i wydawcą jest kol. Czesław Stankiewicz.

Na uznanie zasługuje ładny papier i druk nowego pisma. I zeszyt całkowicie zajmuje: „Wykaz prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa do r. 1902 włącznie“, ułożony przez kol. Stankiewicza i opatrzony takim wstępem: „Jako wyraz głębokiej czci dla piśmiennictwa ojczystego podjęliśmy próbę zestawienia w jedną całość wszystkich prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa“. Wykaz ten będzie wypełniać pierwsze zeszyty „Ginekologii“. Nowemu czasopismu życzymy rzetelnego powodzenia.

Nadesłane do Redakcyi.

Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Napisał d-r med Alfred Sokółowski. Część druga. Choroby płuc. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

St. Koczyński. W sprawie anatomii patologicznej i patogeny płasawicy. Odb. z Gaz. Lek. 1903.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1 sierpnia 1903 r.

—w— Wbrew uchwale sejmu wirtemburskiego rząd odrzucił propozycję utworzenia katedry homeopatii przy uniwersytecie w Tybindze, a to opierając się na opinii senatu uniwersyteckiego.

—w— We Francji lekarz Mayer skazany został na 6 miesięcy więzienia za kradzież różnych przedmiotów na sumę 65 franków w „magazynie nowości“. Jak śledztwo wykazało, Mayer do kroku tego posunął się z nędzy, wobec braku praktyki. Przyjaciele obwionego ujeli się za nim i wyrobili mu małą posesję, gdzie tenże osiadł. Wobec tego krzyżującego faktu gazeta „Temps“ wystąpiła z obszernym artykułem, wskazując na przeludnienie lekarzami, wzywając młodzież do wstępowania do szkół rolniczych i t. d., nie zaś na wydziały lekarskie i prawne. (R. Wr. 26.)

—w— W Niemczech znacznie wkrótce wychodzić pod redakcją profesorów: v. Hansemann'a i G. Meyer'a pismo lekarskie, specjalnie poświęcone *badaniom nad rakiem* p. t.: „Zeitschrift für Krebsforschung“. Wydawcami będą: v. Leyden, Kirchner i Wutzdorff. Cena jednego tomu wynosić będzie 20 marek.

—w— W Czerwińsku nad Wisłą wakuje miejsce dla lekarza wolnopracującego po zmarłym kol. Humnickim.

Z M A R L I.

D-r Karol Roszkowski dnia 16 Lipca w Czyżewie Łomżyńskim w wieku lat 84.

D-r Felicjan Szmałkfefer, w Warszawie, dnia 22 lipca r. b., w wieku lat 43, wskutek długotrwałej wady serca. Zmarły pozostawił po sobie szczerzy żal wśród licznej rzeszy pacjentek, a wśród lekarzy—pamięć dobrego kolegi.

D-r Józef Kinderfreund, b. lekarz naczelny szpitala starozakonnych, dnia 26 lipca r. b. w Warszawie, w wieku lat 78.

D-r Jan Kunicki w Lgowie (gub. Kurska) w wieku lat 42.

D-r Marek Dobrowolski we wsi Szyrokoje (gub. Chersońska), w wieku lat 65.

D-r Jan Łukowski w Żytomierzu, w wieku lat 66.

Sprostowanie. W zeszytce 13-ym „Kroniki“ z dnia 1 Lipca r. b. na str. 554 w wierszu 13-ym od góry po słowie „żołądka“ opuszczono: „nierakowego pochodzenia“.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

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