

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie r s. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Kilka słów o nowych zjawiskach źrenicznych. Podał d-r J. Piltz. — O zapaleniu pierwotnem wyrostka sutkowego. Napisał d-r T. Heiman. (Dokończenie). — **STRE-SZCZENIA i WYCIĄGI.** 29. Leczenie krzywicy za pomocą substancji nadnerczy. 30. Leczenie przewlekłego zaparcia stołca u dzieci. 31. Leczenie neurastenii. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 20 i 27 lutego r. b. — **Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO.** Posiedzenie z dnia 3 marca r. b. — **Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.** — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. luty r. b. — **DROBNIEJSZE WIADOMOSCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Piltz — Quelques mots sur de nouveaux symptômes pupillaires. 3) D-r T. Heiman — Sur l'inflammation primaire de l'apophyse mastoïdienne.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Piltz — Einige Worte über neue Pupillensymptome. 2) D-r T. Heiman — Ueber die primäre Entzündung des Warzenfortsatzes.

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

KILKA SŁÓW O NOWYCH ZJAWISKACH ŻRENICZNYCH.

Podał

D-r J. PILTZ (Lozanna).

Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dnia 7 listopada 1899 roku.

Szanowni Panowie!

Zanim przystąpię do omówienia kilku nowych spostrzeżeń, pozwólcie mi przypomnieć w kilku słowach o znanych i ogólnie przyjętych odruchach źrenicznych.

Źrenice z wężają się:

- a) wskutek podrażnienia nerwu okoruchowego,
- b) przy porażeniu nerwu współczulnego,
- c) przy porażeniu nerwów naczynioruchowych tęczówki ¹⁾,
- d) przy zwiększonym dopływie krwi do naczyń tęczówki.

¹⁾ Naczynia rozszerzają się i napełniają się krwią; wskutek tego cała masa tęczówki się zwiększa, a źrenica się rozszerza.

Spostrzegamy zwięźanie się źrenic:

- 1) pod działaniem światła—tu rozróżniamy odczyn bezpośredni i współczulny (konsensualny) z drugiego oka,
- 2) przy zbieżności gałek ocznych,
- 3) przy przystosowaniu się oka na bliską przestrzeń,
- 4) przy każdorazowym wydechu ²⁾,
- 5) przy każdym uderzeniu tętna ³⁾,
- 6) w czasie narkozy — na początku źrenice są zwięźone (DOGIEL) i dopiero później rozszerzają się,
- 7) pod działaniem t. zw. *Myotica*: morfina, nikotyna, fizostygmina (*eserin*) i t. d.
- 8) w przebiegu różnych organicznych chorób nerwowych (wiąd mlecza, par. postępujący i t. d.),
- 9) przy *hypermetropia*,
- 10) w podeszłym wieku,
- 11) w czasie snu — im głębszy sen, tem źrenice mają być węższe; przy bardzo głębokim nawet śnie mają być tak wąskie, że nie zwięźają się wtedy nawet pod działaniem światła,
- 12) pod wpływem gniewu i radości (FÉRE),
- 13) przy myśleniu o bliskim przedmiocie,
- 14) przy skupianiu uwagi na świecący się przedmiot, leżący w obwodzie pola widzenia, bez skierowywania nań wzroku. HAAB opisał ten objaw w r. 1886 pod nazwą korowego odruchu źrenicy.

Źrenice rozszerzają się:

- a) przy porażeniu nerwu okoruchowego,
- b) przy podrażnieniu nerwu współczulnego,
- c) przy podrażnieniu nerwów naczynioruchowych tęczówki,
- d) przy umiejscowieniu dopływu krwi do naczyń tęczówki,

Spostrzegamy rozszerzanie się źrenic:

- 1) przy zasłonięciu oka — odczyn bezpośredni lub współczulny z drugiego oka,
- 2) przy rozchodzeniu się gałek ocznych,
- 3) przy przystosowaniu się oka na odległość,
- 4) przy każdorazowym wdechu,
- 5) w czasie narkozy,
- 6) pod działaniem *Mydriatica*, jak: atropina, homatropina, duboisina, hyoscynamina, hyoscyna i t. d.,
- 7) w wieku dziecięcym,
- 8) w przebiegu niektórych chorób nerwowych,
- 9) przy krótkowzroczności,
- 10) pod wrażeniem bólu i wogóle przy każdym silnym podrażnieniu czuciowych nerwów skóry, jak np. przy kluciu skóry lub elektryzacji pendzlem faradycznym. Do tej samej kategorii zaliczamy rozszerzanie się źrenic przy gwałtach cielesnych, przy bólach porodowych, przy spółkowaniu i rozszerzenia, występujące nawet przy względnie słabych wrażeniach dotykowych,
- 11) pod wpływem obawy i strachu,
- 12) przy wysiłku mięśniowym,
- 13) przy myśleniu o przedmiocie odległym.

²⁾ Wskutek chwilowego zastoju krwi w naczyniach tęczówki.

³⁾ Przy każdym skurezu lewego serca zwiększony jest dopływ krwi do tętnic tęczówki.

W październiku-roku zeszłego zauważyłem u jednego paralityka objaw następujący: gdy chory na dany rozkaz zamknie oczy i znowu je roztworzy, widać źrenice silnie zwężone, które się potem znowu rozszerzają przy otwartych oczach. W normalnych warunkach, jak wiadomo, rzecz się ma odwrotnie. Zainteresowany tem zjawiskiem, zbadałem w tym kierunku 30 paralityków. 17 miało ten objaw, czyli 57%. Z pośród tych 17 paralityków 11 miało źrenice zupełnie obojętne na światło, u 5 był jeszcze, jakkolwiek słaby, odruch źreniczny na światło zachowany, i 1 paralityk miał względnie normalnie działające źrenice.

U niewidomych znalazłem ten objaw w 43%, u katatoników (*Dementia praecox*) w 28%, u epileptyków w 25% i u tabetyków w 22%. Z 40 specjalnie w tym kierunku badanych zdrowych ludzi znalazłem ten objaw zaledwie u 1, czyli w 2%. Pod działaniem *homatropinum sulfuricum* objaw ten znika. Badania statystyczno-kliniczne prowadzę wciąż jeszcze dalej. Z dotychczasowych wyników już teraz widać, że objaw ten nie jest znamieny w bezwładzie postępującym, ale znajdujemy go dość często w przebiegu chorób organicznych i tylko wyjątkowo u ludzi zdrowych. W literaturze żadnej wzmianki o takim objawie dotychczas nigdzie nie znalazłem. Sformułować da się ten nowy objaw źreniczny najlepiej chyba w sposób następujący:

po energicznym zamknięciu oczów, źrenice, które przed zamknięciem oczów były szerokie lub umiarkowanie rozszerzone, w chwili otwarcia oczów ukazują się zwężone.

Drugi objaw, który u tego samego paralityka po raz pierwszy obserwo wałem, jest następujący:

przy przeszkodzeniu zamykania oczów przez rozsunięcie (palcami) powiek badanego oka następuje zwężenie się źrenicy.

Przy tem gałka oczna zwraca się ku górze i najczęściej nazewnątrz lub do wewnątrz, tylko czasami pozostaje na miejscu. Objaw ten znalazłem u paralityków w 70%, u niewidomych w 43%, u katatoników w 48%, u epileptyków w 37%, u tabetyków w 22%, ale też i u zdrowych w 41%.

WUNDT w roku 1880 wspomina o tym objawie, jako o zjawisku fizyologicznem, GOLASSI spostrzegał go w kilku przypadkach chorobowych, GIFFORD badał go u częściowo lub całkowicie ociemniałych, WESTPHAL nie mógł tego objawu stwierdzić u ludzi zdrowych.

Obydwa opisane tutaj objawy zwężania się źrenic przy zamykaniu oczów polegają na współruchu wskutek jednoczesnego podrażnienia ośrodka okoruchowego dla zwieracza źrenicy—albo na sprawach naczynioruchowych (hydraulicznych), któreby przy silniejszym zaciśnięciu powiek warunkowały silniejszy dopływ krwi do tęczówki, a tem samem sprowadzały zwężenie źrenicy. Że pierwsza hipoteza jest prawdopodobniejsza, przemawia za tem istnienie następującego odruchu źrenicy, który znalazłem dotychczas u dwóch paralityków, w dwóch przypadkach neurastenii i u dwóch zdrowych ludzi, a mianowicie, że przy silnem zamknięciu jednego oka, źrenica drugiego oka zwęża się na chwilę, aby się dopiero potem rozszerzyć. To obserwowane oko, pozostające zupełnie bez zmiany, daje nam współczulne zwężenie źrenicy przy zamykaniu drugiego oka. Objaw ten od zmian hydraulicznych przecież nie zależy.

Jak już wyżej wspomniałem, opisał HAAB w r. 1886 następujący objaw źreniczny: przy skupianiu uwagi na świecący się przedmiot, leżący w obwo-

dzie pola widzenia, bez odnośnego skierowania wzroku na ten przedmiot, źrenice zwężają się. Przekonawszy się jaknajzupełniej o istnieniu tego odruchu źrenicznego, znalazłem sam, że przy skupianiu uwagi na czarny przedmiot, leżący w obwodzie pola widzenia, bez odnośnego skierowywania wzroku, źrenice rozszerzają się.

W toku moich doświadczeń wpadłem na myśl umieszczenia tego świecącego się przedmiotu po za osobą obserwowaną, czyli po za obrębem jej pola widzenia, i znalazłem, że nawet przy wyobrażeniu sobie tego światła źrenice zwężają się, a przy wyobrażeniu ciemności rozszerzają się. Wielokrotne doświadczenia na rozmaitych osobach dawały mi zawsze wyniki dodatnie.

W literaturze znalazłem następujące wzmianki w tej sprawie. BUDGE w r. 1855 wspomina o nauczycielu fizyki BEER, który zauważył na sobie, że źrenice jego zwężały lub rozszerzały się pod wpływem wyobrażeń światła i ciemności. Sam BUDGE znalazł jeszcze kilka osób, których źrenice rozszerzały się pod wpływem wyobrażeń ciemności, lecz ani jednej, któraby dawała zwężenie źrenic przy wyobrażeniach świetlnych.

DOMRICH w r. 1849 pisał o zwężeniu i rozszerzeniu źrenic przy myśleniu o bliskich lub o dalekich przedmiotach. Dowiedziałam się, że profesor BARANOWSKI jeszcze za czasów swoich studenckich zrobił to samo spostrzeżenie niezależnie od DOMRICH'a.

BRÜCKE obserwował u pewnego lekarza dowolne obustronne rozszerzenie źrenic.

BECHTEREW opisał niedawno chorego, który posiadał zdolność rozszerzania źrenicy prawego oka dowolnie i to niemal do *maximum*. Rozszerzenie to trwało dłużej, aniżeli bodziec, i ustawało od mrugania.

Profesor A. PICK z Pragi zakomunikował mi przed paru tygodniami, że podobno LEWES w r. 1877 podał następującą wzmiankę: „mechanizm nasz nerwowy jest tak urządzony, że czucie rozszerzania się źrenicy jest skojarzone z odczuwaniem ciemności i wskutek tej assocyacji wyobrażenie ciemności wywołuje czucie, którego jest symbolem“.

Podobną wzmiankę miał być już zrobić jakiś uczoney z zeszłego wieku. Nazwiska jego prof. PICK nie przypomina sobie. FONTANA wzmiankował już podobno o dowolnem zwężaniu źrenic.

HAAB podkreśla w swojej ostatniej pracy z roku 1891 „o odruchu korowym“, że nigdy zmian źrenicy przy wyobrażeniach światła i ciemności stwierdzić nie mógł. Z tego wszystkiego widać, że sprawa istnienia w o b r a ż e n i o w y c h odruchów źrenic, jak te objawy nazwałem, dotychczas nie jest rozstrzygnięta. Moje doświadczenia przekonały mię najzupełniej o istnieniu tych odruchów i o tem, że są one objawem psychofizycznym ogólnym.

W celu przedstawienia wyniku moich doświadczeń w sposób przekonujący i chcąc usunąć wszelki możliwy subiektywizm i sugestję przy obserwowaniu i rejestrowaniu tych objawów, ułożyłem następujące warunki obserwacji. Wprowadziłem do doświadczenia *kymographion*. Osoba obserwowana trzymała w kieszeni koniec gumowej rurki, połączonej za pomocą bębena MAREY'a z aparatem *kymographionu*. Każde naciśnięcie na koniec tej rurki znaczyło na *kymographionie* jedną kreskę. Osoba obserwująca trzymała drugą taką rurkę, tak samo połączoną z aparatem rejestrującym. Umowa była następująca. Przy każdym wyobrażeniu światła osoba obserwowana miała nacisnąć raz jeden rurkę, przy wyobrażeniu ciemności dwa razy. Osoba obserwująca miała przycisnąć raz jeden swoją rurkę przy każdym zaobserwo-

wanem zwężeniu źrenic i dwa razy przy ich rozszerzeniu się. Ku wielkiemu naszemu zdziwieniu rejestrowania te zgadzały się, na ogół biorąc, nadspodziewanie.

Analogiczne doświadczenia wykonałem nad ociemniałymi w kantonalnym instytucie dla głuchoniemych i ociemniałych w Zurychu. Przekonałem się, że nawet przy zupełnym zaniku siatkówki i nerwu wzrokowego, istnieją jeszcze wyobrazeniowe odruchy źrenic. Jeden z tych chorych był absolutnie ślepy⁴⁾ od 10 lat.

Dzieci i osoby roztargnione ze słabą fantazyą dają mniej wyraźne wyobrazeniowe odruchy źrenic. Osoby inteligentne z żywą fantazyą, umiejące łatwo wyobrażać sobie rzeczy optycznie i umiejące należycie skupiać swoją uwagę, mają bardzo wyraźne wyobrazeniowe odruchy źrenic. Ale i ci ostatni nie zawsze są w stanie wyobrazić sobie to, czego pragną — w jednakowy sposób. I tu zauważyć się dało, że detalicznemu, dokładnemu wyobrażeniu towarzyszy silniejszy odruch źrenicy, aniżeli wyobrażeniu powierzchownemu. Wyobrażenia, które chcemy wywołać np. u osoby obserwowanej na komendę, dają słabsze odruchy, niż wyobrażenia, zjawiające się samoistnie w jej głowie.

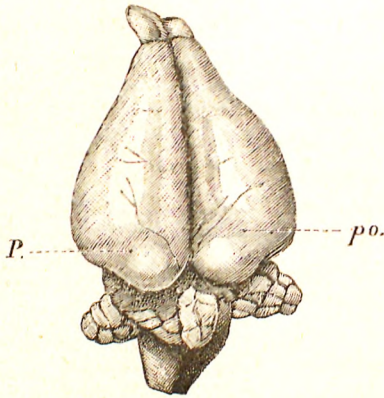
Przy zmęczeniu psychicznym, np. po kilkugodzinnej pracy umysłowej, odruchy te albo wcale stwierdzić się nie dają, albo są bardzo słabe. Z tego widać, że może w przyszłości na tej drodze dojdziemy do nowej psychofizycznej metody badania pewnej grupy zjawisk psychicznych. Ćwiczenia i wprawa, jak we wszystkim, tak i w tem odgrywają wielką rolę. Osoby, którym na początku z trudnością udaje się wyobrazić sobie światło lub ciemność dochodzą do pewnej wprawy i dają bardzo wyraźne wyobrazeniowe odruchy źreniczne.

I obserwacja zmian źrenicznych nie jest rzeczą łatwą. Chodzi tu o zmiany subtelne, a do obserwowania ich potrzeba wprawy. Warunki, w których robi się tego rodzaju doświadczenia, muszą odpowiadać warunkom eksperymentu psychofizycznego.

Pracując roku zeszłego w zurychskim instytucie fizyologicznym nad pewnymi sprawami z dziedziny fizjologii mózgu, wpadłem przypadkiem na pewne określone miejsce kory mózgowej królika, którego podrażnienie prądem elektrycznym wywołuje zwężenie przeciwległej źrenicy. Prądy stosowane były, naturalnie, tak słabe, że tylko jeszcze ten właśnie ruch źrenicy dawały, żadnego zaś innego ruchu np. oka, głowy i t.d. nie wywoływały. Kora mózgowa jest bardzo czuła na wszelkie szkodliwe wpływy zewnętrzne i męczy się przy drażnieniu prądem elektrycznym bardzo prędko. Trzeba więc ją ochraniać skutulatnie przed wyschnięciem, ochłodzeniem lub mechanicznym uszkodzeniem. Drażnienie elektryczne należy wykonywać z długimi pauzami. Przy zachowaniu wszystkich tych ostrożności widzimy, że dotknięcie platynowymi elektrodami (1 mm. odstęp) miejsca, oznaczonego literą *P* na załączonym rysunku, wywołuje zwężenie źrenicy i to tylko przeciwległej. Zjawisko to traci na swej oryginalności, jeżeli się przekonamy, że u królika współczulnej (konsensualnej) reakcji świetlnej źrenicy nie ma. Ani w pracach MUNK'a, ani HITZIG'a wzmianki o takim ośrodku korowym dla źrenicy nie znalazłem. FERRIER w swych pracach wzmiankuje: „czasami zdawało się, jednak nie napewno, że

⁴⁾ Nie odróżniał światła od ciemności.

źrenica była zwarta⁵⁾. Moje doświadczenia dowodzą istnienia takiego ośrodka dla źrenicy bez wszelkiej wątpliwości. Czy punkt *P* jest ośrodkiem korowym analogicznym do innych ośrodków ruchowych, leżących np. u człowieka wokół *sulcus Rolando*, czy też jest to miejsce, którego podrażnienie wywołuje jakiegokolwiek wyobrażenie świetlne, któremu towarzyszy wyobrażeniowy odruch źrenicy—na to odpowiedzieć jeszcze nie można. HERZEN jest nawet zdania, że ruchowych ośrodków w korze mózgowej wogóle nie ma. Istnienie takiego miejsca *P* na korze mózgowej tak harmonizuje z istnieniem wyobrażeniowych odruchów źrenicy, że uważałem za stosowne o tem tutaj słów kilka powiedzieć.



Mózg królika. *po* — brózda odgraniczająca *Lobus occipitalis cerebri* od *Lobus parietalis*. *P* — ośrodek korowy dla zwiężenia źrenicy przeciwległego oka.

Jak już zaznaczyłem na początku mego referatu, wysiłek mięśniowy wywołuje rozszerzenie się źrenicy. LANDOIS i inni tłumaczą istnienie tej zmiany źrenicy zależnością od odpływu krwi z tęczówki przy każdym wysiłku mięśniowym. Robiąc doświadczenia co do tego objawu, przekonałem się, że już samo wyobrażenie wysiłku mięśniowego wywołuje rozszerzenie się źrenicy.

Istnienie tego objawu razem z innymi zaburzeniami źrenicznymi, które często miałem okazję stwierdzać w *Dementia praecox* obok wielu objawów organicznych, jakie często spotykamy w *Dementia praecox*, popiera pogląd KRAEPELIN'a i BLEULER'a na tę chorobę, jako na głębsze zaburzenie organiczne. Już teraz zdaje nam się, że wszystkie te kliniczne przypadki *Dementia praecox*, które we względnie krótkim czasie kończą się kompletną demencyą, wyłonią się w przyszłości klinicznie, jako zupełnie odrębna grupa, analogiczna z paralizem postępującym.

O ZAPALENIU PIERWOTNEM WYROSTKA SUTKOWEGO.

Napisał

D-r Teodor Heiman.

Odczyt, wypowiedziany w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim dnia 28 listopada 1899 r.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 11).

Miałem, wprawdzie, przed kilku miesiącami w leczeniu jeden przypadek, który mógłby być zaliczony do pierwotnego zapalenia wyrostka sutkowego, do formy, znanej pod nazwą *osteitis condensatoria*, wszelako i ten przypadek nie jest bez zarzutu. Przed 4 miesiącami wezwany byłem do chorego, cierpią-

⁵⁾ Przy drażnieniu prądem elektrycznym kory mózgowej.

cego od miesiąca na ostre zapalenie ropne lewego ucha środkowego, któremu towarzyszyła bolesność przy ucisku wyrostka sutkowego w okolicy, odpowiadającej *antrum mastoideum*, znaczna gorączka z charakterem ropniczym i ogólny upadek sił. Wykonałem wydlutowanie wyrostka sutkowego na znacznej przestrzeni; okazał się ropień przedoponowy i obnażenie opony twardej w okolicy zatoki poprzecznej. Podczas wykonywania operacji zwróciła moją uwagę nierówna, prawie soplowata powierzchnia wyrostka oraz twardość i grubość jego, dochodząca do 2 centymetrów, zanim dostałem się do ogniska ropnego w samym wyrostku. Jednym słowem miałem przed sobą obraz wyrostka sutkowego sklerotycznego, jaki często napotykamy w sprawach przewlekłych ropnych jamy bębenkowej. Chory, człowiek inteligentny, stanowczo twierdził, że nigdy dawniej na ucho nie cierpiał, zresztą dowiódł tego i sam przebieg okresu pooperacyjnego i szybki powrót słuchu do stanu prawidłowego oraz zagojenie błony bębenkowej. Okazało się wszelako, że chory przed laty kilkunastu został uderzony przez konia w czoło i lewy wyrostek sutkowy, co wywołało u niego kilkomiesięczną chorobę, połączoną z umiarkowanymi bólami okolic uległych urazowi. Ucho wtedy pozostało zupełnie wolnem. Tu mieliśmy zatem przebyte zapalenie kości sutkowej, wywołane urazem, które, jak sądzę, nie było także pierwotne, lecz dalszym ciągiem zapalenia okostny tej okolicy.

Prawdopodobnie nie jeden przypadek analogiczny z przytoczonymi przezemnie uważany jest za zapalenie pierwotne wyrostka sutkowego.

Z tego, cośmy dotąd powiedzieli, przekonywamy się, że przypadki zapalenia wyrostka sutkowego pierwotnego przez tych nawet, co je opisują, nie dadzą się podciągnąć pod tę kategorię, gdyż stanowiły one sprawy chorobowe wtórne. Istnieje nadto pewna liczba poważnych badaczy, podających w wątpliwość istnienie pierwotnego zapalenia wyrostka sutkowego wogóle. BEZOLD stwierdził pierwotnie, że jakkolwiek nie jest wyłączona możliwość pierwotnego zajęcia wyrostka sutkowego od strony trąbki EUSTACHIUSZ'a lub przez strumień krwi, zwłaszcza w przebiegu chorób zakaźnych ostrych, często wszelako nawet przy oględzinach pośmiertnych nie jesteśmy w stanie mówić napewno o pierwotności cierpienia wyrostka sutkowego; tem bardziej należy być ostrożnym z rozpoznaniem go za życia chorego. Z czasem BEZOLD doszedł do przekonania, że sprawy zapalno-ropne samoistne w wyrostku sutkowym bez współudziału jamy bębenkowej są wogóle bardzo wątpliwe. ROOSA powiada, że ogłaszane niektóre przypadki tak zwanego pierwotnego zapalenia okostny wyrostka sutkowego, przy starannem rozpatrzeniu się w ich historyach chorób, okazały się wątpliwymi, ponieważ były to postaci chorobowe, w których okostna wyrostka sutkowego była silniej zajęta, aniżeli błona śluzowa innych części ucha środkowego, i sprawa chorobowa w jamie bębenkowej była prawie na wygaśnięciu w czasie, gdy sprawa w okostnie była dopiero w pełnym rozwoju. Coś podobnego miało też miejsce w cytowanych przezemnie przypadkach zapalenia samych komórek wyrostka sutkowego. WEIL podaje wiele przykładów, dowodzących, jak często popełniano tu omyłki rozpoznawcze. Wreszcie BUCK, wątpi, czy mamy nawet prawo mówić o pierwotnem zapaleniu okostny wyrostka sutkowego i powiada, że nie widział nigdy przypadku, któryby można było bez zarzutu odnieść do tej kategorii. Przypadki pozornego takiego zapalenia u dzieci należy objaśnić tem, że u nich ropa z jamy bębenkowej łatwiej toruje sobie drogę przez wyrostek sutkowy, aniżeli przez błonę bębenkową.

Teoretycznie biorąc, pierwotne zapalenie kości sutkowej jest możliwe na drodze naczyń krwionośnych i chłonnych, za pomocą których pierwiastki chorobotwórcze *resp.* drobnoustroje przedostają się z pewnego ogniska do wyrostka sutkowego, i taką drogą mogłyby powstać pierwotne zapalenia jego w przymocie, gruzlicy, zółzach, dyfterycie, szkarlatynie i tyfusie. Pierwotne zapalenie wyrostka sutkowego, *mutatis mutandis*, przedstawia pewną analogię z ostrem zapaleniem szpiku kostnego (*osteomyelitis*). Jak pierwszy wykazał KOCHER, dla powstania tej choroby ropotwórcze drobnoustroje muszą z jakiegokolwiek miejsca skóry, płuc, narządów trawienia dostać się do krwi i przez nią, dla powodów anatomicznych, utkwic w naczyniach szpiku kostnego, tam się rozwijać i wywołać zapalenie ropne *resp.* posocznicze z następczym współudziałem kości i okostny. Podług badań doświadczalnych COLZI'ego, bakterye dostają się najczęściej do krwi ze skóry, rzadziej innymi drogami. Wpływy urazowe ułatwiają rozwój zapalenia szpiku kostnego, czy może wywołać je zaziębnienie, dotąd nie zostało stwierdzonem, ale zdaje się, że na tej drodze powstać ono może. Rozwija się też po ostrych wysypkach zakaźnych i po zapaleniach ropnych rozmaitych narządów. Z każdego ogniska ropnego może się zatem rozwinąć ostre zapalenie szpiku kostnego, gdy zawleczone zostaną do niego drobnoustroje ropotwórcze. A zatem i dla powstania pierwotnego zapalenia wyrostka sutkowego musi przedtem istnieć jakieś ognisko ropne na lub w ustroju, skądby pierwiastki ropotwórcze drogą krwi przeszły do wyrostka sutkowego. Nikt wszelako nie podaje opisu tego rodzaju przypadków ani też takich, gdzieby pierwotne zapalenie wyrostka sutkowego rozwinęło się w chorobach zakaźnych ostrych. POLITZER, który w podręczniku swoim podaje szczegółowy kliniczny obraz pierwotnego zapalenia okostny i samych komórek wyrostka sutkowego, za przyczynę powstania zapalenia samej kości uważa uraz, zaziębnienie i przymiot, o innych chorobach zakaźnych nie ma tam wzmianki. Jestem zdania, że wszystkie te momenty przyczynowe wywołują zawsze przedtem zapalenie okostny lub jamy bębenkowej w słabym stopniu, które w następstwie dopiero przechodzi na kość. Wprawdzie B. FRÄNKEL znalazł w zapaleniu jamy gardzielowej i prawie zawsze w normalnej gardzieli *staphylococcus pyogenes aureus* i *albus*, gdyby wszelako to był jeden z czynników, wywołujących zapalenie pierwotne wyrostka sutkowego, i gdyby ten drobnoustrój z gardzieli drogą krwi przedostawał się do komórek wyrostka sutkowego, to trudno pojąć niezmierną rzadkość tego rodzaju zapalenia. Wątpić należy, czy drobnoustroje, dostawszy się z jamy noso-gardzielowej, mijają bezkarnie trąbkę EUSTACHIUSZA, jamę bębenkową, tam tracą swoją siłę żywotną, ażeby w warunkach pomyślnych odzyskać swoją jadowitość w wyrostku sutkowym.

Pierwotne zapalenie okostny wyrostka sutkowego rozpoznajemy wtedy, gdy nastąpi na nim obrzmienie bolesne, twarde, ściśle odgraniczone, przy którym pokrywająca je skóra wcale lub niewiele zostaje wciągnięta do sprawy zapalnej, gdy brak jest objawów zapalnych ze strony przewodu słuchowego zewnętrznego, błony i jamy bębenkowej, innych odcinków kości skroniowej i sąsiednich części miękkich, i gdy niedawne cierpienie ucha lub części miękkich wyrostka stanowczo wyłączyć się daje. Czy takie stwardnienie rozchodzi się lub przechodzi w ropienie jest już momentem podrzędnym. Pomimo twierdzeń Roosa'y i Buck'a jestem zdania, że takie przypadki istnieją niewątpliwie; są one, wprawdzie, rzadkie, jak to już wspomniałem na początku pracy niniejszej, lecz każdy lekarz uszny bardziej zatrudniony, widzi je nie-

kiedy. Dla ścisłości zaznaczam, że do tej kategorii zapalenia nie zaliczamy tych postaci, gdzie jednocześnie istnieje znaczny stan zapalny części miękkich, pokrywających wyrostek (*phlegmone*). Zbytecznym zaś chyba jest dodawać, że zapalenie, obrzmienie i zropienie gruczołów chłonnych na wyrostku sutkowym oraz obrzmienie bolesne okostny i części miękkich, napotykanego tu i owdzie w zapaleniach ograniczonych przewodu słuchowego zewnętrznego, nie ma nic wspólnego z kwestyą bieżącą.

Rozpoznanie pierwotnego zapalenia samych komórek wyrostka sutkowego polega na istnieniu długotrwałych, silnych bólów w głębi kości przy braku jakichkolwiek objawów ze strony okostny i części miękkich wyrostka sutkowego oraz przy braku objawów ze strony ucha zewnętrznego, jamy i błony bębenkowej.

Skoro podczas pierwszego badania istnieje obrzmienie lub ropienie na wyrostku sutkowym, lub też gdy są zmiany chorobowe w jamie bębenkowej, rozpoznanie staje się niemożliwym. Nie zapominajmy wszelako, że rozpoznanie zapalenia wyrostka sutkowego jest wogóle trudne. POLITZER jest zdania, że, jeśli po przecięciu skóry do samej kości bóle nie ustępują, istnienie głębokiego ropienia w kości staje się prawdopodobnym. To wszelako nie przesądza, podług mnie, o pierwotności sprawy w samej kości. Z drugiej strony, jak słusznie twierdzi POLITZER, często powtarzające się i dłużej trwające bóle w wyrostku sutkowym, bez widocznych zmian jego powierzchni zewnętrznej i bez możności wykazania ropy w jamie bębenkowej, nie stanowią jeszcze dowodu sprawy zapalno-ropnej w wyrostku sutkowym, gdyż objaw ten napotykamy w neuralgiach, występujących w sklerotycznych wyrostkach sutkowych. Brak bolesności jego, przy istnieniu spraw chorobowych w uchu zewnętrznym lub jamie bębenkowej, nie wyłącza jego stanu zapalnego. Ale nawet istnienie wszystkich objawów charakterystycznych dla sprawy zapalno-ropnej w wyrostku sutkowym nie zawsze może służyć za dowód istnienia takiej sprawy chorobowej, najmniej zaś pozwoli rozpoznać sprawę pierwotną. Dla przykładu podaję w kilku słowach przypadek następujący: Przed kilku laty przybył do mojego oddziału żołnierz, który bez widocznej przyczyny przed paru dniami dostał dreszczów, wysokiej gorączki i silnych bólów w prawym wyrostku sutkowym. Błona bębenkowa była umiarkowanie przekrwiona. Gdy po czterech dniach stan chorego nie poprawiał się, — zaś bóle w wyrostku sutkowym były nie do zniesienia, i zwykle środki nie pomagały, zrobiłem przecięcie błony bębenkowej; nie otrzymałem wszelako żadnej wydzieliny z jamy bębenkowej. Po kilkodniowym wyczekiwaniu, wykonałem wydłutowanie wyrostka sutkowego z powodu, że bóle nie ustępowały i gorączka wciąż trwała. Wyrostek sutkowy okazał się zupełnie zdrowym, komórki jego były puste, błona śluzowa miała wygląd szaro-żółtawy, była błyszcząca. Operacja nie wpłynęła na istniejące objawy; chory po kilku dniach zmarł, i oględziny pośmiertne wykazały zakażenie tyfoidalne. Słusznie powiada SCHWARTZE, że jedynym pewnym znakiem zapalenia ropnego samych komórek wyrostka sutkowego jest obecność ropy w kości po jej otworzeniu.

Streszczając to, cośmy dotąd powiedzieli o zapaleniu pierwotnym okostny i komórek wyrostka sutkowego, dochodzimy do następujących wniosków. Zapalenie pierwotne okostny wyrostka sutkowego jest chorobą rzadką, lecz niewątpliwie występującą, jako oddzielna postać kliniczna. Zapalenie pierwotne komórek wyrostka sutkowego, jakkolwiek możliwe jest z punktu zapatrywania się teoretycznego, wobec tego jednak, że ci, co o niem

wspominają, uważają je za cierpienie niezmiernie rzadkie, że wiele z przypadków dotąd opisanych polegało na błędach rozpoznawczych, że są poważni lekarze uszni, którzy powątpiewają wogóle o możliwości istnienia takiej postaci klinicznej, że dotąd osobiście na wielką liczbę chorych, pomimo starannego śledzenia, nie spostrzegali ani jednego przypadku czystego, któryby z całą pewnością można przyjąć za zapalenie pierwotne komórek wyrostka sutkowego, że wywiady, na mocy których dałoby się wyłączyć niedawno przebyte cierpienie jamy bębenkowej lub części, otaczających wyrostek sutkowy, zwłaszcza u ludzi z mało rozwiniętą inteligencją, są najczęściej niedokładne i zwodnicze, że rozpoznanie zapalenia wyrostka sutkowego jest wogóle trudne, i że wreszcie nawet z punktu widzenia teoretycznego nie mamy dostatecznych danych dla powstania tej postaci chorobowej, lecz kierujemy się wyłącznie analogią, wobec wszystkich tych momentów pierwotną postacią zapalenia samych komórek wyrostka sutkowego uważać musimy za wytwór sztuczny, który w rzeczywistości nie istnieje.

LITERATURA.

BUERKNER. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1892. Str. 270. Tamże podane źródła pojedynczych przypadków. MÉNIÈRE. Revue mensuelle de Laryngologie. 1884. Nr. 7. ROOSA. Lehrbuch der praktischen Ohrenheilkunde. 1889. Str. 282 i następne (wyd. niemieckie). GRUBER. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1888. Str. 483. JACOBY. Zur Casuistik der primären und secundären Periost. u. Ostitis des Proc. mastoideus. A. f. O. T. XVI. Str. 286. WILLIAMS. Ein Fall primärer Periostitis des Warzenfortsatzes. Z. f. O. T. XIII. VOLTOLINI. M. f. O. T. XI. POLITZER. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wyd. III. 1893. Str. 414 i następne. WEIL. Zur operativen Behandlung der Eiterung im Mittelohr und Warzenfortsatz. Württembergisches med. Correspondenzbl. 1891. Nr. 6. SCHWARTZE. A. f. O. T. XIX. Str. 231. Tenze. Pathologische Anatomie des Ohres. 1878. Str. 110 i 111. ZUFAL. Fälle von gemeiner acuter Mittelohrentz. veranlasst durch den Diplococcus Pneumoniae u. complicirt mit Absces. des Proc. mast. Prager med. Wochenschr. 1889. Nr. 36. KRETSCHMANN. A. f. O. T. XXIII. Str. 234. BEZOLD. Ueberschau über den gegenwärtigen Stand d. Ohrenheilkunde. 1895. BUCK. Diseases of the Ear. Str. 355. BEZOLD. Primäre Erkrankung des Warzentheiles etc., w Handbuch der Ohrenheilkunde Schwartz'ego. T. II. Str. 326. SCHWARTZE. Die chirurgischen Krankheiten des Ohres. 1885. Str. 308 i następne.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

29. W. STOELTZNER. **Leczenie krzywicy za pomocą substancji nadnerczy.** (Z berlińskiej polikliniki prof. HEUBNER'a). Autor już w roku zeszłym pomieścił w Deutsch. med. Woch. tymczasową wzmiankę o pomyślnych skutkach substancji nadnerczy w leczeniu krzywicy. Obecnie w bardzo obszernej i szczegółowo obrobionej pracy podaje opis 71 przypadków, leczonych w poliklinice berlińskiej pod kontrolą kolegów.

Myśl leczenia krzywicy organicznymi substancjami nie jest nowa, już bowiem w r. 1894 LANZ próbował stosować gruczoł tarczowy, podobnie? KNÖPFEL-MACHER i HEUBNER tenże środek stosowali w 1895 i 1896 r., v. METTENHEIMER zaś, jako też autor niniejszego wespół z LISSAUER'em stosowali grasicę w krzywicy w 1898 i 1899 r., lecz bez żadnego skutku.

Stosowanie nadnerczy rozpoczął autor w praktyce prywatnej, gdzie wypróbował środek ten w 11 przypadkach, spostrzeganych od jednego do 9 miesięcy, przeciętnie przez 3 miesiące. Zachęcony dobrymi wynikami, począł stosować przetwór ten na większą skalę w poliklinice, pod kontrolą d-ra LISSAUER'a, ADESMANN'a i innych asystentów. W licznych tych przypadkach zwracano uwagę i notowano piśmiennie aż 41 objawów, spostrzeganych u chorych, a mianowicie: wagę ciała, barwę skóry, poty, tkankę tłuszczową, mięśnie, obrzmienie gruczołów, odżywianie, stolce, wymioty, mocz, obwód głowy, ciemniaczka, *craniotabes*, wypukłości ciemieniowe, wypukłości czołowe, owłosienie, zębostan, gardziel, oddechanie, różaniec na żebrach, miękkość klatki piersiowej, zniekształcenie klatki piersiowej, płuca, stępienie grasicy, tętno, serce, brzuch, wątrobę, śledzionę, kręgosłup, górne kończyny, dolne kończyny, stanie, siedzenie i chodzenie, mowę, kurcz głośni, drgawki, tężyczkę, wrażliwość na dotykание, sen i naczynioruchową drażliwość skóry.

Co do moczu, to zarówno matki, jako też kobiety, pielęgnujące chore dzieci rachityczne, zwracały uwagę na szczególną „ostrą, cuchnącą, obrzydliwą“ woń jego; sam autor przekonał się, że świeżo wypuszczony przez takie dzieci mocz cuchnie trymetylaminem, później zaś wyraźnie amoniakiem. Niekiedy, oprócz amoniakalnej, dawała się czuć jeszcze inna słabsza woń, przypominająca eter lub chloroform. Woń ta jest charakterystyczna dla krzywicy; nowy ten objaw wymaga badań chemicznych, których autor dotychczas nie dokonał, lecz zamierza krótce wziąć się do nich.

Leczenie chorych dzieci nadnerczy prowadzone było poliklinicznie; chorzy odwiedzali lekarza co tydzień, przyczem badano i zapisywano główne objawy, szczególnie: wagę ciała, poty, mocz, *craniotabes*, różaniec, zęby, zmiany w kościach, drgawki, kurcz głośni i naczynioruchową drażliwość skóry.

Jako leku używał STOELTZNER—*Tabloids of compressed Supra-renal Gland Substance Burroughs, Wellcome et C.* Każdy krążek waży 0,25—0,30 i zawiera 0,324 świeżej substancji. Autor rozpoczynał od podawania tyłu centygramów dziennie, ile dziecko ważyło kilogramów, powiększając w miarę potrzeby dawkę aż do podwójnej ilości. Krążki te, dla lepszego smaku, przepisywał w następującej postaci: Rp. *Tabloids N. 32, Sacchari albi, Sacchari lactis aa q. s., ut. f. l. a. rotulae N. 100, D. S.* każdy krążek = 0,08 substancji tabletki. Dla dziecka zatem, ważącego 8 kilo, wystarcza na początek jeden krążek dziennie.

Autor wyraźnie zaznacza, że przy leczeniu tym przetworem umyślnie nie zwracano wcale uwagi na przepisy higieniczno-dyetetyczne, pozostawiając chorych w tych samych, co poprzednio, warunkach.

Nie streszczając wszystkich 71 przypadków, szczegółowo w pracy opisanych, pozwolę sobie podać ogólne wyniki, sformułowane przez samego autora.

- 1) W żadnym przypadku nie widziano żadnego szkodliwego działania ubocznego.
- 2) Substancja nadnerczy bardzo dobrze działała na stan ogólny chorych.
- 3) Najznacniejszy wpływ wywierał ten lek na następujące objawy krzywicy: poty, *craniotabes*, wyrzynanie się zębów, przyspieszenie stania, siedzenia i chodzenia, wrażliwość na dotykание i naczynioruchową wrażliwość skóry.
- 4) Podobnie charakterystyczna dla krzywicy woń moczu szybko pod wpływem tego leczenia znikła.
- 5) W wielu przypadkach dosyć prędko ustępowała miękkość klatki piersiowej i krzywiczne zgarbienie lędźwiowej części kręgosłupa.

6) Na zmniejszanie się ciemączka, różańca, zniekształceń klatki piersiowej i obrzmień na kończynach substancya nadnerczy mały okazywała wpływ.

7) Zupełnie nie działa na kurcz głśni i inne objawy tężyczki. (Jak wiadomo, fosfor, wprowadzony przez KASSOWITZ'a dla leczenia krzywicy, najprędzej i najwidoczniej działa właśnie na poprawę objawów mózgowych, jako to: drgawek, kurczu głśni i t. p. Spr.).

8) Poprawę widzieć można nieraz już po kilku tygodniach leczenia.

9) Często poprawa szybsza jest w pierwszych tygodniach leczenia, powolniejsza zaś w późniejszych.

10) Przerwy w leczeniu powodują powstrzymanie poprawy stanu chorego.

11) Nawet w bardzo ciężkich przypadkach widziano poprawę.

12) Badanie mikroskopowe, przeprowadzone w trzech przypadkach, zmarłych z powodu powikłań (*bronchitis diffusa*), przekonały autora o znakomitem działaniu substancji nadnerczy na nowotworzącą się tkankę kostną, wobec czego mniema on, że nawet histologicznie dowiedziony został swoisty wpływ tego leku na krzywicę.

Podając ciekawe, bądź co bądź, i do dalszych prac zachęcające spostrzeżenia i wyniki STOELZNER'a, zaznaczyć muszę, że, przeglądając wiele z opisanych przezeń przypadków, nie zawsze zauważyć mogłem skuteczność nowego leku, szczególnie pod względem działania na wagę ciała, która bardzo mało podnosiła się u wielu chorych. Nie rozumiem również, dla czego nie starano się jednocześnie o poprawę warunków zdrowotnych, o lepsze odżywianie, powietrze, suchość i jasność mieszkania i t. p., słowem o warunki, stosowane, a przynajmniej zalecane przy wszelkiem leczeniu krzywicy.

O badaniach histologicznych mówi autor zaledwie w kilku słowach, co wobec 46-stronicowej pracy, jest zupełnie nie wystarczające dla przekonania czytelnika. Skutkiem tego dalsze prace kontrolujące są niezbędne w tej sprawie.

(*Jahrb. f. Kind. 51. Heft 1 i 2*).

L. Wolberg.

30. DOERFLER. **Leczenie przewlekłego zaparcia stolca u dzieci.** Autor ten, przekonawszy się, że zbyt wielkie i zbyt rozcieńczone dawki mleka, podawane sztucznie żywionym dzieciom, powodują u nich zaparcia stolca, których następstwem bywa: małokrwistość, krzywica i t. p., zaleca nowy sposób leczenia tego cierpienia za pomocą czystego świeżego masła krowiego, podawanego po prostu łyżeczkami w czystej postaci, bez względu nawet na obfitą ilość zawierających się w niem bakterji. Metoda ta działa dobrze we wszelkiego rodzaju zaparciach stolca u dzieci, zarówno u sztucznie, jak i piersią żywionych, u noworodków, jako też u starszych.

W 1-yim miesiącu życia radzi autor stosować tylko 1 łyżatywy, lecz, przekonawszy się, że zaparcie trwa dalej, poleca podawanie w 2-im i 3-im miesiącu po $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki, dwa razy dziennie, aż stolec stanie się prawidłowym, poczem też samą dawkę, lecz tylko co drugi dzień. W 3 i 4 miesiącu 2—3 łyżeczki dziennie; od 5-go zaś poczynając miesiąca do końca roku, co 2—3 dni po 1—3 łyżek dziennie, przez dłuższy czas.

Masła, mającego już kilka dni, używać nie należy. Dzieci chętnie spożywają masło, w żadnym przypadku autor nie widział szkodliwego działania lub złych następstw. Wypróżnienie następuje zwykle w 4—5 godzin po spożyciu masła i ma papkowatą gęstość. Biegunka występowała li tylko przy nadmiernych dawkach.

Znakomite skutki tego prostego środka, stwierdzone przez autora w 80, a przez kolegów jego w 25 przypadkach, tłumaczy on sobie przedewszystkiem

zmianą składu chemicznego mieszaniny mlecznej, służącej do sztucznego żywienia niemowląt, następnie pobudzeniem ruchów robaczkowych kiszek za pomocą nieszkodliwego tłuszczu, wreszcie mechanicznem ułatwieniem wydalania kału z kiszek grubych.

Metodę leczenia masłem stosował D. także u małokrwistych starszych dzieci, skłonnych do krzywicy, zaniku dziecięcego i t. p., a nie cierpiących nawet na zaparcia stolca. Skutek był zachęcający do dalszych doświadczeń.

Autor z takim zachwytem wyraża się o swej metodzie, iż uważa wszelkie inne sposoby leczenia — środkami przezyszczaćającymi, lawatywami, mięsieniem, i t. p. za zupełnie zbyteczne!

W końcu powiada D., że wprowadzona w ostatnich czasach metoda SCHLESINGERA żywienia noworodków za pomocą małych, ale dosyć częstych dawek nierozcieńczonego mleka krowiego, jako zupełnie rozsądna i na naukowych podstawach oparta, usunie bez wątpienia tak częste w tym wieku zaparcia stolca i po części przynajmniej uczyni metodę leczenia świeżem masłem — zbyteczną, lecz i w innych rodzajach obstrukcyi sposób ten działa skutecznie i dla tego w lecznictwie utrzymać się powinien.

(*Münch. med. Woch. 1900. Nr. 4.*)

L. Wolberg.

31. Otto DORNBLUETH. **Leczenie neurastenii.** Obowiązujące w lecznictwie zdanie, że lekarz winien leczyć chorego, a nie chorobę, najdobitniejsze znajduje właśnie zastosowanie w neurastenii. Pobiczne załatwienie chorego nie wzbudza w nim zaufania, trzeba zatem pozwolić choremu się wygadać, aby dokładnie opisał swe dolegliwości, ich trwanie, przebieg i zmiany, przypuszczalne przyczyny. Tym sposobem, oprócz zaufania chorego, zyskujemy jeszcze dokładne pojęcie o życiowych jego warunkach, pojmujemy stan jego i zastosować możemy właściwe leczenie. Badanie takie może zająć pół godziny, całą, a nawet kilka, lecz czas ten nie jest stracony, odbije się bowiem na skuteczności późniejszego leczenia. Dziedziczność, acz często u neurasteników spotykana, nie ma wielkiego znaczenia, tłumaczy tylko, czemu drobne napozór przyczyny, poważne wywołują następstwa.

Po zebraniu dokładnych wywiadów należy szczegółowo zbadać chorego. Jest to potrzebne zarówno dla uspokojenia chorego, jako też dla leczenia. Trzeba zbadać stan i zabarwienie skóry, błon śluzowych, dostępnych gruczołów limfatycznych, jamę nosową, ustną i gardzielową, opukać i wysłuchać klatkę piersiową, zliczyć tętno, opukać i wymacać jamę brzuszną, zbadać odruchy kolanowe. Badanie narządów moczopłciowych potrzebne jest wtedy tylko, gdy objawy chorobowe zwracają na tę sferę uwagę (np. ciężkie zaburzenia w miesiączkowaniu). W razie dostrzeżonej małokrwistości, badamy krew pod mikroskopem i za pomocą hemoglobinometru GOWERS-SAHLI'ego.

Po gruntownem zbadaniu, udzielamy choremu dokładnego objaśnienia choroby jego, mówiąc przy tem tylko prawdę, aby uniknąć późniejszych sprzeczności, następnie zalecamy mu leczenie, ujęte w ścisłe, kategoryczne przepisy.

Przy leczeniu neurastenii odróżniamy przypadki ostre od przewlekłych, pomnąc, że w tej drugiej postaci nasilenia ostre bywają bardzo często, i wtedy postać ta niczem nie różni się od ostrej. Pierwszym środkiem leczniczym i najważniejszym jest spokój. W przypadkach ostrych zalecamy pozostawanie w łóżku od 8 dni do 6 tygodni. Jeżeli chory nie może w żaden sposób poddać się temu leczeniu, to polecamy mu przynajmniej odpoczywanie po 5—10 minut, kilka razy dziennie. Zwyczajne kilkuminutowe leżenie, bez zaśnięcia nawet, doskonale działa na neurasteników, stałe zaś spoczywanie w łóżku, bez niepokojenia chorego

odwiedzina, rozmowami i t. p., już po kilku dniach tak zbawienny wywiera wpływ, że chorzy sami, niechętnie z początku poddający się temu środkowi, wkrótce nie chcą wcale wstać z łóżka. Samotne przebywanie chorego bynajmniej nie pogarsza jego stanu, jak przypuszcza publiczność, lecz przeciwnie uspokaja go i uzdrawia.

Również ważnym czynnikiem jest dyeta. Z wyjątkiem napojów wysokokowych, których użycia zupełnie zabronić należy, pozwala autor chorym swym wszystko spożywać, nawet kawę i herbatę, byleby w umiarkowanych ilościach i dość często, t. j. 5 razy dziennie, w 2½—3 godzinnych odstępach czasu. Nawet w neurastenicznych cierpieniach żołądka taka mieszana dyeta szkody nie przynosi, lecz w tym przypadku należy potrawy stałe oddzielać od płynnych i podawać je oddzielnie, każdą w innej porze. W bardzo ciężkich cierpieniach żołądka stosuje autor dyetę ścisłą—jak we wrzodzie żołądkowym.

Trzecim czynnikiem jest wodolecznictwo, stosowane rozsądnie i bez przesady. Zimne okłady PRIESSNITZ'a na brzuch, kąpiele połowiczne i zimne wycierania zaleca DORNBLUETH w neurastenii. Ciepłota wody do okładu PRIESSNITZ'a ma wynosić 12° R., okład, opasujący cały brzuch i nakryty szeroką flanelową przewiązką, pozostaje przez całą noc. Jeżeli chory stale leży w łóżku, to zmieniamy okład rano i pozostawiamy go znowu na cały dzień. Kąpiele połowiczne w wannie, do połowy napełnionej wodą 25°—22° R., trwają nie dłużej nad 4 minuty. Działanie kompresu, jak również kąpeli, jest uspokajające, kojące. Zimne natomiast wycierania (woda 24° R.) działają podniecająco i używane są dla wzmocnienia chorych, których stan zdrowia już się poprawiać zaczyna.

Czwartym czynnikiem ogólnego leczenia jest ogólna faradyzacja ciała lekimi strumieniami.

Oprócz tych materialnych środków, bardzo ważne znaczenie ma psychoterapia, polegająca na uspokajaniu chorego, prawdopodobności lekarza i objaśnianiu mu objawów, które nieraz wydają się chorym bardzo niebezpiecznymi, w istocie zaś są tylko przykre i przejściowe.

Oprócz leczenia ogólnego, które w każdym przypadku tej choroby stosować należy, wypada jeszcze pamiętać o ważniejszych objawach, stanowiących nieraz podstawę samej choroby, jako to: o niedostatecznym wytwarzaniu się krwi, przeciw czemu zaleca D. sangwinalne pigułki KREWEL'a i arsenik. Pigułek używa chory z początku po dwie na raz, trzy razy dziennie, a po tygodniu po trzy na raz, trzy razy dziennie i zużyć ich powinien 300 sztuk, czyli przeszło przez miesiąc leczenie to trwać winno. Arsenik zaś w postaci pigułek azyatyckich (*Acid. arsen. 0,1, Pip. nigri 2,0., Pulv. Liq. 5,0., Muc. q. s.* na 90 pigułek, trzy razy dziennie po jednej podczas jedzenia). Po 8—10 dniach dawka dzienna wynosi 5—6 pigułek, co trwa przez 3 tygodnie, poczem znowu przez 10 dni po trzy pigułki dziennie.

W ciężkich postaciach neurastenii, z charakterem przygnębienia, stosuje D. zaleconą już dawniej przez siebie metodę systematycznego leczenia kodeiną, którą z początku podaje trzy razy dziennie po 0,01, powiększając powoli dawkę do dziesięciokrotnej, a potem również wolno ją obniżając.

Leczenie neurasteników w domach prywatnych, wśród rodziny, zawodowych zajęć i obowiązków społeczno-towarzyskich jest bardzo trudne, w ciężkich przypadkach wprost niemożliwe, dla tego też dobre uzdrowiska (sanatoria) dla chorych nerwowych są niezbędne, lecz powinny być racjonalnie prowadzone i dla niewielkiej ilości chorych przeznaczone, w przeciwnym bowiem razie stają się jedynie „hotelami z lekarską usługą“, jak się pewna chora dama wcale słusznie o jednym z takich zakładów wyraziła.

Wielkie uzdrowiska z ich życiem towarzyskiem i przeróżnemi rozrywkami zgoła nieodpowiednie są dla poważnych chorych nerwowych; prócz niepokoju, przeróżnych niewygód i przykrości, na które chorzy bywają w nich narażani, wytwarza się w takich zakładach pewien szablon w leczeniu i w obchodzeniu się z chorymi, a jak powiedzieliśmy na początku, indywidualizowanie jest niezbędnym warunkiem pomyślnego leczenia neurastenii.

Pobyty w uzdrowisku jest niezbędny dla tych chorych, którzy, jak np. gospodyni domu, nie mogą znaleźć prawdziwego spokoju i wypoczynku we własnym domu, lub jak np. wielu mężczyzn, nie są w stanie oderwać się od swych zajęć, dopóki pozostają w zwykłym miejscu pobytu. Dla niesamodzielnych członków rodzin najwłaściwszy będzie pobyt na łonie rodziny, która zajmie się opieką i dogładem leczenia. Chorym, wysyłanym do uzdrowisk, nie powinni towarzyszyć najbliżsi członkowie rodziny, szczególnie zaś niestosowne jest, by mąż towarzyszył żonie lub żona mężowi. Towarzystwo zbyt trwożliwych i przesadzonych rodziców również jest niepożądane, a nawet bywa szkodliwe dla nerwowych dzieci, udających się na leczenie.

Przypadki przewlekłej neurastenii powinny być tak samo leczone, jak przypadki ostrej, a uzdrowiska, w których systematyczne leczenie może być przez dłuższy czas przeprowadzone, są najstosowniejsze dla tego rodzaju chorych. Do tej kategorii należy wielu, niestety, chorych z nerwicami urazowymi (po wypadkach kolejowych), niezdolnych chwilowo do pracy i odwykłych od niej. Tych należy powoli, lecz wytrwale przyuczać na nowo do pracy i zarobkowania, a w tym celu niezbędne jest zakładanie uzdrowisk dla niezamożnych neurasteników. Leczący i zamożni chorzy, pozbawieni odporności względem drobnych i większych przykrości życiowych, a obdarzeni jeszcze znacznym zasobem sił, których zużytkować nie potrafią, powinni być w właściwy sposób leczeni i kierowani, aby pozbyć się swej choroby i nałogu opilczego, którego nabrali bądź wskutek własnego popędu i obecnych towarzyskich stosunków, bądź też wskutek niesłusznych zaleceń lekarskich. Przyzwyczajenie do porządku i pracy stanowi w tych przypadkach zbawienie dla jednostek i społeczeństwa. Przy dobrej woli chorych i silnym wpływie duchowym lekarza obejdzie się w tych razach nawet bez specjalnego zakładu, w każdym jednak razie trzeba najpierw wzmoćnić i uzdrowić ciało, a potem dopiero przejść do ćwiczeń cielesnych.

(*München. Medic. Woch.* 1900. N. 3).

L. W.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 20 lutego r. 1900.

TREŚĆ: 1) B. MALEWSKI — przedstawienie chorego z tętniakiem aorty wstępującej. 2) J. SĘDZIAK — „Zaburzenia nosowo-gardłano-krtaniowo-uszne w ostrych chorobach zakaźnych“.

1) Kol. MALEWSKI przedstawił chorego z tętniakiem aorty wstępującej. 60-letni mężczyzna, cieśla, ma na piersi z lewej strony pomiędzy 2-iem a 5-em żebrzem, od środka mostka do linii sutkowej, guz, niezupełnie kulisty, złożony niby z dwóch zrazów, tętniący.

Od 2 lat chory cierpi na duszność i odczuwa bóle w klatce piersiowej. Od kilku miesięcy dopiero chory spostrzegł na piersi powiększający się stopniowo guz, który obecnie zniszczył pokrywające go odcinki 3-go i 4-go żeber, jak również i część mostka. Mięśnie piersiowe są jeszcze zachowane tylko w górnej

części guza, w dolnej zaś uległy zupełnemu zanikowi. Prześwietlanie klatki piersiowej chorego za pomocą promieni ROENTGEN'a wykazało znaczne rozszerzenie aorty wstępującej, zwłaszcza na lewo. Skóra nad guzem jest cokolwiek znieczulona; mocniejszy ucisk na guz sprawia choremu dotkliwy ból. U podstawy serca wysłuchiwać się dają szmery.

Lewa struna głosowa jest w stanie niezupełnego porażenia. Przy opukiwaniu klatki piersiowej odgłos opukowy w górnej części i pod pachą z lewej strony jest cokolwiek stłumiony, oddech zaś w tych miejscach mniej wyraźny.

Chory ten przed kilkunastu laty uległ ciężkiemu potłuczeniu przez konia, Po za tem zawsze był zdrow.

2) Kol. Jan SĘDZIAK wygłosił rzecz p. t.: „Zaburzenia nosowo-gardlanokrtaniowo-uszne w ostrych chorobach zakaźnych“.

W odczycie swym kol. SĘDZIAK opisał zmiany ze strony nosa, gardzieli, krtani i uszu, spostrzegane w ostrych wysypkach (odra, różyczka, płonica, ospa, wietrzna ospa) i w sprawach ostrych zakaźnych (błonica, dur brzuszny, tyfus plamisty, gorączka powrotna, grypa, koklusz, krupowe zapalenie płuc, róża, ostry gościec stawowy, cholera azyatycka, zapalenie gruczołu przyusznego, dżuma, nagminne zapalenie opon mózgowych, zimnica, nosacizna, choroba racic, kopyt i pyska), przytoczywszy szczegółowo objawy i omówiwszy przebieg kliniczny, rokowanie oraz leczenie.

W dyskusji kol. A. SOKOŁOWSKI zwrócił uwagę, że kol. SĘDZIAK, zestawivszy swój odczyt podług najnowszych prac, sam mało przyczynił się do wyjaśnienia spraw, które w swym odczycie omawiał.

Z prac podobnych mogą mieć znaczenie bardziej teoretyczne tylko ściśle spostrzeżenia tych autorów, którzy obserwowali chorych w czasie epidemii.

Prace takie jednak z punktu widzenia praktycznego nie mają znaczenia, ponieważ nie jesteśmy w stanie rozpoznawać ostrych cierpień zakaźnych li tylko na podstawie objawów ze strony górnego odcinka dróg oddechowych; zmiany te bowiem najczęściej występują już przy obecności objawów ogólnych i same przez się nie przedstawiają zresztą nic charakterystycznego dla danego cierpienia (z wyjątkiem zmian w ospie).

Zdaniem kol. L. LUBLINERA w pracy kol. SĘDZIAKA są pewne braki. Np. kol. SĘDZIAK nie wspomina nic o zmianach w górnym odcinku dróg oddechowych w ostrej gruźlicy prosówkowej.

Co się tyczy leczenia, to w pracy kol. SĘDZIAKA jest wiele kwestyi, podlegających dyskusji.

Kol. T. HEIMAN nie zgadza się z zapatrywaniem kol. SĘDZIAKA, który utrzymuje, że w zapaleniu gruczołu przyusznego może nawet nastąpić głuchota, zdaniem kol. HEIMANA we wszystkich przypadkach, gdzie dotknięte zostały uszy w tej sprawie, głuchota pozostaje stałą i zupełną.

Co się tyczy statystyki cierpień uszu w krupowym zapaleniu płuc i tyfusie brzuszny, to kol. HEIMAN spostrzegał w szpitalu zajęcie uszu w zapaleniu płuc w 4—6%, w tyfusie zaś w 2—4%. Wreszcie kol. HEIMAN utrzymuje, że zajęcia uszu w szkarlatynie nie pociągają za sobą złych skutków, jak to sądzą powszechnie, jeżeli należycie zwróconą zostaje uwaga na uszy w pierwszych okresach szkarlatyny, a gardło i nos są odpowiednio leczone.

Kol. HEIMAN więc zajmuje odrębne stanowisko w zapatrywaniu się na zajęcie uszu w szkarlatynie.

Prof. W. BRODOWSKI nie zgadza się z kol. SĘDZIAKIEM, że błona śluzowa nosa rzadko bywa zajęta w nosaciznie. Prof. BRODOWSKI bowiem nie przypomina so-

bie ani jednego przypadku badania pośmiertnego ludzi, zmarłych na nosaciznę, gdzieby nie było zajęcia błony śluzowej nosa. Być może, że nie we wszystkich przypadkach badano jamę nosową. Zresztą trzeba mieć na uwadze to, że u ludzi nosacizna bywa wyjątkowo rzadko, przebieg jej zwykle bywa ostry; przewlekłych postaci prawie że nie spostrzegamy. Ztąd też i zmian rozległych w nosie nigdy nie bywa.

Prof. I. BARANOWSKI sądzi, że, mówiąc o cierpieniu danego narządu, które towarzyszy ogólnemu cierpieniu, należy odróżniać to, co jest przypadkową koincydencją, od tego, co jest właściwe dla danej sprawy chorobowej. Za istotną łączność cierpienia danego narządu z ogólnem poczytywać należy takie cierpienia, które zostały wywołane przez jeden i ten sam zarazek.

Również, zdaniem prof. BARANOWSKIEGO, rozróżnianie róży wtórnej od pierwotnej niema znaczenia, ponieważ róża zawsze bywa natury wtórnej.

W odpowiedzi na powyższe uwagi kol. SĘDZIAK zaznacza, że w odczycie swym pominął wiele szczegółów, które będą umieszczone w pracy, mającej być wkrótce drukowaną.

W pracy swej posiłkował się pracami CATI'ego, LANDGRAF'a, HAUG'a, FRIEDREICH'a i innych, gdyż w wielu razach nie miał swych własnych spostrzeżeń.

Posiedzenie z d. 27 lutego r. b.

TREŚĆ: 1) B. POLIKIER—przedstawienie dziecka z *naevus pilosus*. 2) Wl. SZTEYNER—przedstawienie chorego po wycięciu kiszki. 3) Fr. STĘPKOWSKI—przedstawienie okazu macicy ciężarnej, wyciętej z powodu raka części pochwowej i tylnego sklepienia pochwy. 4) J. HALPERN—,Przypadek zapalenia pęcherza moczowego u dziecka dwuletniego“.

1) Kol. POLIKIER przedstawił dziewczynkę z *naevus pilosus* na pośladkach i lewym ramieniu. W rodzinie dziecka u nikogo z członków nic podobnego nie było.

2) Kol. SZTEYNER przedstawił 46-letniego mężczyznę, wyleczonego po wycięciu kiszki, zgorzelą dotkniętej. Chory ten przybył do oddziału kol. SZTEYNERA 6-go dnia po uwięzieniu przepukliny z wymiotami kałowymi. Przepuklina lewostronna pachwinowo-mosznowa. Po otworzeniu worka znaleziono wysięk cuchnący. Jelito w stanie zgorzeli wycięto na przestrzeni 15 ctm. i odrazu nałożono szew okrężny dwupiętrowy.

Zagojenie nastąpiło bez wszelkich powikłań.

3) Kol. STĘPKOWSKI przedstawił okaz macicy ciężarnej w 4 miesiącu, wyciętej w dniu 26 lutego r. b. z powodu raka części pochwowej i tylnego sklepienia pochwy. Macica ta pochodzi od osoby 40-letniej, od 16 lat zamężnej, która rodziła 8 żywych dzieci i 2 razy roniła. Chora od 6 miesięcy miewała częste krwawienia, które jednakże nie były zbyt obfite; od kilku tygodni krwawienia były znaczniejsze. Badając chorą, kol. STĘPKOWSKI znalazł tylną wargę maciczną i błonę śluzową tylnego sklepienia pochwy rakowato zwyrodniałe. 26 lutego r. b. kol. STĘPKOWSKI wyluszczył *in toto* macicę przez pochwę. Wymiar podłużny macicy wynosi 20 ctm., szerokość u dna $12\frac{1}{2}$ ctm., od dna do ujścia wewnętrznego 13 ctm., od ujścia wewnętrznego do brzegu wargi przedniej 7 ctm.

Kol. STĘPKOWSKI zwraca uwagę na łatwość, z jaką sąsiednie tkanki oddziaływały się od macicy; udało się ją całkowitą prawie *in situ* wyluszczyć. Również godna uwagi jest cienkość jajowodów, nie grubszych od zwykłej zapałki. Do obecnej chwili opisano 5 przypadków wycięcia całkowitego rakowatej macicy przez pochwę zaraz po porodzie, z których jeden zakończył się śmiertelnie. Przy-

padków zaś całkowitego wycięcia macicy przez pochwę wraz z płodem we wczesnych okresach ciąży opisano 19; wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie.

4) Kol. HALPERN wygłosił rzecz p. t. „Przypadek zapalenia pęcherza moczowego u dziecka dwuletniego“. Praca ta drukowana będzie w „Medycynie“.

Aug. Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 3 marca r. b.

P. A. Węgliński odczytał wnioski z odpowiedzi na rozestany lekarzom prowincjonalnym kwestyonaryusz w sprawie pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej. Odpowiedzi nadeszło 129 lekarzy ze 113 miejscowości. Wyliczają oni 274 majątki, rozległości 600 tysięcy morgów w Królestwie, w których służba folwarczna ma pomoc lekarską mniej więcej zapewnioną. Stanowiłoby to zaledwie 3% wszystkich majątków w Królestwie, a 5% ogólnego obszaru własności większej, gdyby przypuścić, że odpowiedzi objęły wszystkie miejscowości Królestwa. Natomiast w odpowiedziach swych lekarze wskazują, że w przeważnej większości majątków niema pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej, jeżeli nie liczyć jakichś wyjątkowych nagłych wypadków albo dostarczenia koni, mających iść po lekarza. Zresztą służba płaci sama za siebie. Są lekarze, którzy mimo 20 lub 40-letniej praktyki na prowincyi, nigdy nie byli wzywani do służby folwarcznej.

We wspomnianych 274 majątkach koszty leczenia służby wynoszą około 39,000 rb. rocznie, co czyni 141 rb. na jeden majątek (w tem 54 rb. na wynagrodzenie lekarza). Gdyby we wszystkich majątkach w Królestwie istniała taka pomoc lekarska, to każdy lekarz prowincjonalny miałby przeciętnie 820 rb. dochodu za leczenie służby folwarcznej.

Przeciętny koszt leczenia służby w owych 274 majątkach wynosi 7 kop. od morgi. W dobrach p. Jana Kleniewskiego dochodzi do 11 kop., w Drobińskim 5 kop., u p. Węglińskiego 4½ kop. od morgi.

W kilkudziesięciu majątkach w Królestwie, przeważnie należących do arystokracji lub bardzo zamożnych ziemian, pomoc lekarska według odpowiedzi na kwestyonaryusz jest wzorowa.

Z odpowiedzi wydaje się, że gub. Warszawska, Siedlecka, Lubelska wyżej od innych stoją pod względem pomocy dla służby. W gub. Płockiej natomiast istnieje w paru miejscach pomoc lekarska dla służby zbiorowa: kilkudziesięciu właścicieli w promieniu kilkunastu wiorst utrzymuje stałego lekarza dla swej służby folwarcznej.

Sprawa ta jest ważna i nagła choćby ze względu na emigrację włościańską.

W rozprawach zwracano uwagę, że stosunki te choć bardzo smutne, nie są przecież tak już bezwzględnie złe. Brak odpowiedzi z wielu miejsc nie dowodzi jeszcze braku tam pomocy lekarskiej. Przed paru laty d-r NOWAK i RAJKOWSKI, zbierając dane o służbie zdrowia w Królestwie, znaleźli tylko 15 lekarzy domi-
nialnych, t. j. pobierających stałą roczną pensję za pomoc służbie folwarcznej. Pewien udział samej służby folwarcznej w kosztach pomocy lekarskiej byłby po-

żądany, bo upoważniałby i nakłaniał do prawidłowego z niej korzystania (Bronowski). Pomoc lekarska zbiorowemi siłami wielu właścicieli zasługuje na pierwszeństwo i ze względu na mniejsze koszty, i na wyrobienie odpowiednich pracowników i na przyzwyczajenie służby do prawidłowego leczenia się.

Mówiono jeszcze o potrzebie szpitalików wiejskich, izb izolacyjnych, apteczek wiejskich i o nierównomiernem obciążeniu różnych gmin kosztami szpitalnymi.

Przewodniczący skreślił istniejące w naszym piśmiennictwie prace (GĄSIOROWSKIEGO, ZIELENIEWSKIEGO i S. JANIKOWSKIEGO) o łaźni w dawnej Polsce. Na dworze książęcym i królewskim łaźnia niewątpliwie była pospolitym zwyczajem. I w wielu miastach łaźnie były bardzo rozpowszechnione. Przechowały się nadania prawa łaźni różnym 15 miastom. Dużo ich jest zwłaszcza z wieku 14. W pewne dni łaźnie były obowiązane kąpać bezpłatnie uczniów, zakonników, ubogich. Robiono na ten cel zapisy w testamentach. Stypa i łaźnia dla ubóstwa była w zwyczaju przy bogatych pogrzebach. W 14 wieku pochód do łaźni należał do ceremoniału zaślubin wśród ówczesnego mieszczaństwa. Przechowały się ustawy osobnego cechu łaźni w różnych miastach. Rozkwit łaźni w miastach trwał przez 14, 15 i 16 wiek. W 17 wieku wzmianki o łaźniach stają się rzadsze, aż z początkiem 18 wieku zupełnie giną. Nie brak wzmianek o użyciu łaźni w bogatszych domach szlacheckich. Słynęła z przepychu łaźnia w Pińczowie, opiekowana przez poetów.

Natomiast twierdzenie GĄSIOROWSKIEGO, że łaźnia u nas była w powszechnem użyciu od tronu aż do chatki ubożego wieśniaka, że każde miasto i każda wieś miały łaźnie publiczne, jest nieprawdopodobne. Ani jednego dowodu rozpowszechnienia łaźni wśród ludu wiejskiego nie przytoczył żaden ze wspomnianych autorów. Gdyby tak było, czyż lud nasz tak konserwatywny nie przechowywałby starego zwyczaju w jakimkolwiek zakątku kraju? Przysłowie: „sprawić łaźnię na odjezdnem“ młodzieży, wysyłanej na dwór pański, świadczy chyba raczej, że uboższa szlachta rzadko używała łaźni. Przysłowie: „sprawić komu łaźnię“, datujące od Chrobrego, możnaby uważać za dowcip, zrodzony na widok całkiem nowego zwyczaju, który król mógł przywieźć z Kijowa.

Łaźnia w wiekach średnich od 11 stulecia była w wielkiem użyciu w środkowej i zachodniej Europie. Według ZAPPERTA łaźnia przeniesiona została ze wschodu: od słowian wschodnich przez kupców hanzeatyckich i od Turków przez wojny krzyżowe. Łaźnia uchodziła za środek zapobiegawczy i leczniczy przeciw trądowi, epidemicznemu w Europie od wojen krzyżowych. W końcu 15 wieku znika trąd, a zjawia się syfilis, co do którego łaźnia uchodziła za niebezpieczną, a główną sławę miały wanny. Podczas epidemii morowej zarazy łaźnie zamykano zawsze i ostrzegano przed nimi. Prócz tych względów lekarskich i duchowieństwo ze względów obyczajowych walczyło z łaźniami, jako zwykłym miejscem rozpusty. Ostatecznie łaźnia w zachodniej Europie w 16 wieku znikła. I u nas są ślady obaw i walki z łaźnią. W użyciu jej szliśmy za zachodnią Europą, opóźniając się o jakie sto lat, zarówno z jej rozpowszechnieniem, jak i zaniedbaniem.

Praktyczny wniosek z tych danych historycznych jest pocieszający, bo łatwiej wskrzesić rzecz zaniedbaną, niż stwarzać ją na nowo.

W rozprawach BRONOWSKI nie uważa względów leczniczych i religijnych za wystarczające do wytłomaczenia zaniedbania łaźni w Europie. Raczej ustąpiła ona miejsca kąpielom odpowiedniejszym rozwojowi cywilizacji. Zaleca więc oględność w polecaniu i rozpowszechnianiu łaźni wiejskiej. Łaźnia przy chacie

we wschodnich guberniach cesarstwa ma wiele stron ujemnych i nie może uchodzić za dobrą kąpiel. TCHÓRZNIICKI protestuje przeciw temu zdaniu.

ŁAZAROWICZ przedstawił bardzo prosty i tani blaszany cylinder z pałąkiem i dziobkiem, służący do mycia się. Z zawieszzonego cylindra, nachylając go ręką, wylewa się wodę na dłonie, co jest przecież lepsze, niż mycie się wodą, nabraną do ust.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Wielce ciekawą i poważną sprawę poruszył I. ISRAEL w odczycie, wygłoszonym na posiedzeniu „Wolnego związku chirurgów w Berlinie“ pod tytułem następującym: O wpływie nacięcia nerki na przebieg cierpień ostrych i przewlekłych mięszu nerkowego. Mówca porusza wpływ leczniczy przecięcia nerki na dwa wręcz przeciwne stany chorobowe: po pierwsze—bezmocz wskutek ostrego zapalenia nerek, po wtóre — na całą grupę cierpień, objętych nazwami: *nephralgia*, *nephralgie hématurique*, *haematuria angioneurotica*. ISRAEL przekonał się, że pod względem anatomicznym wszystkie te sprawy patologiczne rozwijają się na tle zapalenia nerek przewlekłego. Pierwsze spostrzeżenie dotyczy przypadku bezmoczności zupełnej, trwającego kilka dni, spowodowanego przez ostre zapalenie wstępujące nerki lewej, które powstało w 8 miesięcy po wyłuszczeniu nerki prawej z powodu gruźlicy. U 61-letniego chorego, któremu pomyślnie wycięto nerkę prawą, wskutek gruźlicy tego narządu i tkanki łącznej okołonerkowej, pozostało przewlekłe cierpienie pęcherza, niewątpliwie pochodzenia gruźliczego. W 8 miesięcy po operacji stwierdzono bezmoczność zupełną, zależną od ropnego zapalenia miedniczki nerkowej wstępującego z licznymi rozsianymi ropniami prosówkowatymi. Przecięcie obszerne tej jedynej pozostałej nerki usunęło bezmoczność i mocznicę, które trwały dni kilka. Za pomocą badania mikroskopowego wyciętego umyślnie kawałka nerki przekonano się, że w danym przypadku miano do czynienia z tak zwaną „surgical kidney“. Przyczyna bezmoczności tkwiła w utrudnieniu wydzielania zależnym od niezmiernie gwałtownego zapalenia, którego następstwem było mocne napięcie pochewki nerkowej; musiało ono osiągnąć niezwykłej wysokości, ponieważ ta nerka, już przed wybuchem ostatniego zapalenia musiała przez czas dłuższy znajdować się pod wpływem wysokiego ciśnienia. Wszak wiadomo, że każda nerka, pozostała po wycięciu drugiej, musi przyjąć na siebie pracę wydzielniczą obudwu; wskutek tego światło jej naczyń rozszerza się znacznie, a sam narząd pozostaje pod ciśnieniem znacznie wzmożonym. Ten stan patologiczny stanowi również przyczynę kolki, spostrzeganej zwykle w pierwszym okresie choroby. Mniemanie, że kolka zależy jedynie tylko od utrudnionego odpływu moczu, jest błędne; każda przyczyna, która powoduje nagłe podniesienie ciśnienia w mięszu nerkowym, może wywołać napad kolki. Skutek leczniczy przecięcia nerki można objaśnić na podstawie warunków czysto fizycznych: za pomocą tego zabiegu usuwamy ucisk tkanki nerkowej, a co zatem idzie, ucisk naczyń włosowatych, z drugiej znów strony niewielki wylew krwi wpływa dodatnio na usunięcie nagromadzonych w narządzie produktów zapalenia, wskutek czego znika pierwotny ucisk nerki, warunki krążenia wracają do stanu prawidłowego, a tem samem wzrasta i wydzielanie. Co się tyczy wpływu, jaki rozcięcie nerki wywiera na inne postaci zapalenia tego narządu, to mówca twierdzi, iż pierwsze próby w tym kierunku robiono w takich przy-

padkach. w których sprawa patologiczna nie przedstawiała żadnego z typów czystego zapalenia nerek, raczej można ją było poczytywać za kamicę nerkową, gruźlicę albo nowotwór. Objawy chorobowe ograniczały się tu albo na kolce nerkowej jednostronnej, albo na jedno- lub obustronnej hematuryi. W wielu razach nie można było wykryć w moczu takich składników, które towarzyszą zwykle zapaleniu nerek. Operacja stwierdziła, że rozpoznanie pierwotne było błędne, ponieważ w nerce nie można było zauważyć żadnych zmian wybitnych; takie przypadki ISRAEL zalicza do nerwowych i, nazywa je: *nephralgia*, *nephralgie hématurique*, *haematuria angioneurotica*. Doświadczenie pouczyło, że i tu nawet, wbrew oczekiwaniu, operacja przynosiła rzetelną korzyść, ponieważ bóle i krwawienie często ustawały. Przebieg taki objaśnić sobie można tylko w ten sposób, że i w tych przypadkach istniały sprawy zapalne w nerkach, co zresztą zostało potwierdzone za pomocą badania mikroskopowego cząstki wyciętej z nerki. Jeden tylko przypadek kolki nerkowej i krwiomoczu przedstawia się zagadkowo. Za życia nie udało się znaleźć w moczu nic takiego, co wskazywałoby zapalenie nerek, tymczasem badanie zwłok wykazało obustronne stare typowe zapalenie nerek. Przypadek ten razem z dwoma innymi poucza, że jednostronne objawy kliniczne mogą istnieć wobec obustronnego cierpienia. Natomiast możliwość tylko jednostronnego cierpienia znajduje potwierdzenie w tem, że po operacji, wykonanej na jednej nerce, następowało zupełne i długotrwałe wyleczenie. Pod tym względem ISRAEL dodaje, że we wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem dwóch, w których chorzy nie przeżyli operacji, przecięcie nerki dawało zawsze dobre wyniki lecznicze. Skutek był albo podmiotowy i przedmiotowy, albo objawy podmiotowe ustępowały, natomiast zmiany w moczu pozostawały. W kilku przypadkach bywały nawroty choroby, lecz zawsze bardzo łagodne. Widocznie więc i w nerkach po przecięciu tkanki, uległej długotrwałemu zapaleniu, występują zmiany wsteczne. Dalej nie ulega wątpliwości, że po przecięciu powstają nowe naczynia, które tworzą komunikację pomiędzy naczyniami mięszu i torebki; one to właśnie przeszkadzają zbyt niemu przekrwieniu nerki, ułatwiając szybki odpływ gromadzącej się krwi. ISRAEL sądzi, że można będzie uniknąć nawrotów, jeżeli nie będziemy odrazu zaszywali rany w nerce, lecz postaramy się zagoić ją przez ziarninowanie, ponieważ w ten sposób ulżymy nerce na czas dosyć długi, a naczynia pomiędzy mięszem i torebką nerki wytworzą się w większej ilości, aniżeli przy natychmiastowym zeszyciu. Na potwierdzenie swego zdania mówca przytacza doświadczenia HARRISON'a, który w trzech przypadkach przecięcia nerki nie nakładał szwu, lecz ranę zagoił przez ziarninowanie.

Na posiedzeniu grudniowym paryskiej Académie de Médecine prof. BROCA, SAPELIER i THIBAULT wystąpili z bardzo ważną i ciekawą sprawą leczenia zatrucia przewlekłego wyskokiem za pomocą surowicy alkoholizowanych zwierząt. Cały szereg spostrzeżeń i badań przekonał mówców, że zmiany w narządach wewnętrznych, powstałe wskutek nadużywania wyskoku przez czas dłuższy, bywają poprzedzane przez tak zwany okres ukryty zatrucia wyskokiem. W okresie tym alkoholicy czują nieprzewartą potrzebę używania wyskoku, chociażby w małych ilościach, co tłumaczy się przyzwyczajeniem do tej używki. Okres ten zowią oni „alkoholomania“. Badania odnośne wykazały, że nie tylko jady pochodzenia bakteryjnego, lecz i trucizny pochodzenia zwierzęcego, roślinnego i mineralnego, zwłaszcza te, do których ustrój łatwo przywyka, powodują wytworzenie się we krwi antytoksyn, które, łącząc się z surowicą osobników innych, nadają im wielką odporność przeciwko tym poszczególnym jadom. Tego rodzaju wyniki skłoniły mówców do przeprowadzenia prób z wyskokiem. Do do-

świadczących swych użyli konia, którego łatwo przyzwyczaili do spożywania znacznych dawek wyskoku. Surowicę tego konia wstrzykiwano innym zwierzętom, które poprzednio dobrze znosiły wyskok i przywykły najzupełniej do niego. Działanie surowicy nastąpiło dosyć szybko: zwierzęta zaczęły doznawać wstrętu do wyskoku i wołały raczej wyrzec się zupełnie jedzenia i napoju, aniżeli przyjmować pokarmy z domieszką wyskoku. Ta substancja nowa, aczkolwiek bliżej nie zbadana, lecz bezwarunkowo znajdująca się w surowicy, otrzymała nazwę antyetyliny. Doświadczenia z taką surowicą, dokonane w klinice, zgadzają się najzupełniej z wynikami, które poprzednio otrzymano w doświadczeniach na zwierzętach. Osobniki, które poprzednio chętnie nadużywały wyskoku pod najrozmaitszymi postaciami, po zastrzyknięciu im surowicy straciły wszelką chęć do napojów wysokowych, natomiast nabyły do nich wstrętu, wskutek czego można było w tych przypadkach śmiało mówić o odzwyczajeniu się od wyskoku. Pod wpływem takiego leczenia chorzy szybko odzyskiwali łaknienie i siły. Najbardziej wydatne działanie antyetylina wywiera we wspomnianym na wstępie okresie ukrytym, natomiast jest ona zupełnie bezskuteczna wobec zmian, które spowodował wyskok w narządach wewnętrznych u pijaków. Komunikat powyższy nie wywołał żadnej dyskusji, ponieważ członkowie akademii uważali, że dotychczasowe wyniki nie są wystarczające do wyczerpującego wyjaśnienia omawianej sprawy.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Hamburgu, d-r LENHARTZ zdawał sprawę ze swych doświadczeń nad wartością leczniczą wstrzykiwania roztworu soli kuchennej w chorobach ostrych. Wykład swój mówca oparł na wieloletnim doświadczeniu i znacznej liczbie rozmaitych chorób ostrych, w których stosował podskórne wlewanie wody słonej. Za pomocą tej metody można we wszystkich ostrych (zakaźnych) cierpieniach gorączkowych podnieść obniżone ciśnienie krwi, wskutek czego układ tętniczy napełnia się lepiej, napięcie tkanek powraca szybko, a tak gorąco zalecane przez SAULI'ego i innych przemywanie chorego ustroju szybko dochodzi do skutku i przynosi niewątpliwą korzyść. W całym szeregu cierpień, jak: dur brzuszny, zapalenie płuc włóknikowe, biegunka u dzieci, biegunka połączona z wymiotami u dorosłych, a zwłaszcza w biegunce krwawej, wyniki były zawsze dodatnie i zachęcające. Najistotniejszą korzyść spostrzegał on w całym szeregu spraw ropnych ostrych w jamie otrzewnej, bez względu na to, czy chodziło o ropnie podprzeponowe lub okołokątnicze otorbione, czy o ogólne zapalenie ropne otrzewny. Postępując w ten sposób, można pozostawić w zupełnym spokoju żołądek i kiszki i usunąć toksyny, których obecność stale zagraża życiu chorych, ponieważ wpływają one ujemnie na sprawność serca, czego przejawem bywa szybkie osłabienie i tętno mało napełnione. We wszystkich podobnych przypadkach mówca stosuje tylko wlewania podskórne, przerywa zupełnie podawanie pokarmów i pozwala najwyżej co pół godz. lub co godzina podawać po 1—2 łyżek wody z koniakiem. Dorośli otrzymują wlewania dwa razy dziennie po 1000 ctm. sz., dzieci, zależnie od wieku, od 100—300 ctm. sz. kilka razy w ciągu dnia. W niektórych cięższych przypadkach trzymał mówca swych chorych przez czas dłuższy (4—6 dni) na podobnej diecie, dopóty, dopóki nie nadszedł czas otwarcia jam z zawartością ropną. W ten sposób chorzy są istotnie trzymeni na wodzie, lecz poprzednio słabo napełnione tętnice napełniają się lepiej, napięcie tkanek staje się prawidłowe, chorzy mają bardzo małe pragnienie, albo nie mają go wcale, a dzięki obfitemu dostarczaniu płynu i wzmożonemu ciśnieniu krwi, wydzielają znacznie większe ilości moczu. Prócz tego mocz częstokroć posiada wysoki ciężar właściwy, co zdaje się dowodzić obfitego wydzielania się toksyn (? przyp. ref.). Wykład powyższy został po-

party licznemi tablicami, które dowodnie przemawiają za tą metodą leczniczą. W końcu mówca opisuje używaną przez siebie technikę i spotykane od czasu do czasu powikłania. Wśród ostatnich zasługuje na zaznaczenie obrzęk krtani u małych dzieci, rozszerzenie serca i ropnie. Raz rozwinął się duży ropień, zawierający dużą ilość gazów i drobnoustrojów, lecz i tu przebieg był pomyślny.

K. Z.

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. luty r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 59 (m. 24, k. 35); przybyło w lutym 102 (m. 49, k. 53); wypisało się 76 (m. 33, k. 43); zmarło 8 (m. 3, k. 5); pozostało na miesiąc następny chorych 77 (m. 37, k. 40).

Ogólna liczba chorych była względnie nie duża, choć znacznie większa, niż w styczniu. Z panujących chorób najczęściej w dalszym ciągu występowała róża, tyfus wysypkowy i zapalenie płuc krupowe, rzadziej natomiast — ospa i tyfus brzuszny. Na zaznaczenie przedewszystkiem zasługuje coraz częstsze pojawianie się znów tyfusu wysypkowego, i to w różnych punktach miasta, z przebiegiem dosyć ciężkim. Liczne również są przypadki zapalenia płuc o przebiegu umiarkowanym.

Najliczniejszą rubrykę w miesiącu ubiegłym stanowiła róża, której mieliśmy przypadków 24 (m. 8, k. 16) z przebiegiem dosyć ciężkim. Jeden przypadek zakończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Wiejska 15, Hoża 55, Solec 65 i 62, Złota 28, Niecała 11, Sporna 2, Sienna 77, Zajęcza 13, Sadowa 12, Pawia 79, Brudnowska 1, Przemysłowa 10, Leszno 95, Senatorska 2, Marszałkowska 100, Krzywe Koło 22, Wolska 35, Chłodna 58, Czyste, Tarczyn i Nowe Brudno.

Drugą rubrykę zajął tyfus wysypkowy, którego zanotowano przypadków 10 (m. 5, k. 5), z których jeden zakończył się śmiertelnie. Chorzy przybyli z ulic i domów: Leszczyńska 8, Leszno 1, Krakowskie Przedmieście 1, Senatorska 35, Gęsia 87, Grzybowska 59 (2 przypadki), Muranowska 13, Wspólna 15.

Mniej, niż w ubiegłym miesiącu, zanotowano ospy, której było przypadków 8 (m. 1, k. 7), przeważnie u chorych nieszczepionych. Śmiercią zakończył się tylko jeden przypadek. Chorzy przybyli z ulic i domów: Nowy Świat 24, Piękna 36, Wielka 45, Kościelna 15, Bugaj 18, Smocza 39, Spokojna 9, Wolska 35.

Znacznie również mniej mieliśmy tyfusu brzuszego, przypadków 5 (m. 3, k. 2). Chorzy pochodzili z ulic i domów: Ostrowska 11, Nowo-Wiejska 3, Twarda 14, Nowy Świat 36, wieś Wola.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 9 przypadków zapalenia płuc krupowego, 6 — zapalenia gardła; 5 — reumatyzmu wielostawowego; po 2 przypadki: odry i grypy oraz po jednym: biegunki krwawej, gruźlicy płuc i opon mózgowych, gorączki połogowej (Gęsia 39), karbunkułu (wieś Tłuszczycy) i zapalenia gruczołu przyusznego.

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych mieliśmy 24 (m. 13, k. 11).

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 8 (m. 4, k. 4).

Badań pośmiertnych wykonano 7 (m. 3, k. 4).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 36 (m. 15, k. 21).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 2194 (m. 1013, k. 1181).

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= MUSCATELLO i DOMACELLI badali na królikach wpływ przecięcia nerwów na gojenie się złamań kostnych. Na jednej z kończyn wycinali kawałek spłotu barkowego i jednocześnie łamali kości łokciowe na obudwu kończynach, poczem zabijali króliki między 6-ym a 75-ym dniem po operacji. Okazało się, iż złamanie po stronie bezwładnej goiło się zupełnie tak samo i tak szybko, jak i po stronie zdrowej, jeśli złamane końce ściśle zbliżono do siebie. (Arch. f. klin. Chir. T. 58).

= OPPENHEIM opisuje zapomniany środek wypróżniający — *cassia fistulosa*, — który zastosował z dobrym skutkiem w 50 przypadkach. Na noc każe on wysać 10—12 ziaren owocu. (Therap. Mon. sierp. 99).

= IMMELMANN opisuje wyniki swych spostrzeżeń nad rozpoznawaniem gruźlicy płuc przy pomocy promieni ROENTGEN'a. U 9-ciu chorych, w których płwocinie znaleziono laseczniki, wszelkie zgęszczenia występowały jako ciemne plamy na tle jasnej zdrowej tkanki płucnej. Wierzchołki płuc u 8 chorych, cierpiących na nieżyt, w których płwocinie nie było laseczników, były mniej przezroczyste; u 4 z nich po 3 miesiącach pojawiły się laseczniki. Niekiedy autorowi udawało się za pomocą promieni ROENTGEN'a wykryć ognisko choroby, mimo że wysłuchiwanie i opukiwanie nie dostarczały wyraźnych danych. (Fortschr. auf. dem Gebiete der Roentgenstrahlen. T. 2).

= KOBLER zwraca uwagę na znaczenie rozpoznawcze cierpień nagłośni w tyfusie brzuszny. W roku zeszłym opisał on przypadek, w którym charakterystyczne owrzodzenia podłużne z rozpułchnionymi brzegami

na brzegu obrzękłej nagłośni pozwoliły rozpoznać tyfus. Obecnie przytacza autor dwa podobne przypadki. Nagłośnia była zgrubiała znacznie, i widać było na niej głębokie owrzodzenie z żółtawym nalotem. W wątpliwych tedy razach badanie krtani bywa nadzwyczaj ważne. Ma ono znaczenie także przy rokowaniu, ponieważ przebieg i gojenie się owrzodzenia nagłośni odpowiada przebiegowi tyfusu. (Wien. klin. Rund. 23. 4. 99).

= MONCORGE zwraca uwagę na wpływ stosunków płciowych na krwiopłucie u suchotników, Dla tego też lekarz przy każdym krwiopłuciu w nocy lub we dnie, którego przyczyna nie jest wyraźna, powinien w tym względzie dokładnie badać chorego. U mężczyzn zjawisko to powtarza się częściej, niż u kobiet, które miewają niekiedy krwiopłucie w czasie miesiączki. Krew zjawia się w $\frac{1}{2}$ —1 godziny po spółkowaniu. (Méd. mod. 10. 5. 99).

= MARX opisuje przypadek groźnych krwotoków nosowych, uleczonej wywołaniem poronienia. W tydzień po zajściu w ciążę, chora nagle dostała krwawienia z nosa, które odtąd powtarzało się co 3—4 dni i to coraz gwałtowniej. Po 3 miesiącach rozwinęła się małopokrwistość wysokiego stopnia, co skłoniło autora do wywołania poronienia. Od tego czasu krwotoki nosowe ustały. (D. Med. Zg. 52—99).

= DEMICHERI opisuje przypadek promienicy błony śluzowej powiek w postaci żółtawych ziaren wielkości 0,1—0,3 mm., mieszczących się, w liczbie 15, na fałdzie przejściowej w pobliżu kąta wewnętrznego. W literaturze jest to drugi przypadek. (Arch. d'ophth., luty 99).

P.