

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
 dla lekarzy-praktyków.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** O urojeniach wstecznych jako o odrębnej postaci urojeń. Przyczynek do nauki o obłąkaniu ostrem halucynacyjnem (paranoia acuta hallucinatoria). Napisał Adam Wizel. (Dok.).— Sporadyczny przypadek zapalenia opon mózgoworządowych (meningitis cerebro-spinalis sporadica), zakończony wyzdrowieniem. Jego natura i pochodzenie. Podał Feliks Arnstein (Kutno).— Patologia i terapia przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, oraz uwagi o leczeniu neurastenii płciowej, napisał S. Groszlik. (Ciąg dalszy).— **Streszczenia i wyciągi.** 34. O udziale mięśnia sercowego oraz nerwowych mechanizmów naczyń w objawach tak zwanego osłabienia serca, występującego w chorobach zakaźnych.— **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 25 lutego r. b. — Listy otwarte do redakcyi „Medycyny”.— **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.**— **Ogłoszenia.**

„Medycyna“  
 GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
 destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Wizel — Du délire rétrograde comme forme particulière du délire. 2) D-r F. Arnstein — Un cas de méningite cérébro-spinale sporadique. Guérison. 3) D-r S. Groszlik — Pathologie et thérapie de la prostatite chronique et remarques concernant le traitement de la neurasthénie sexuelle.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“  
 MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Wizel — Ueber eine specielle Form von Wahnideen. 2) D-r F. Arnstein — Ein Fall von meningitis cerebro-spinalis sporadica. Heilung. 3) D-r S. Groszlik — Pathologie und Therapie der Prostatitis chronica und Bemerkungen über die Behandlung der sexuellen Neurasthenie.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

## O urojeniach wstecznych jako o odrębnej postaci urojeń. Przyczynek do nauki o obłąkaniu ostrem halucynacyjnem (paranoia acuta hallucinatoria).

Napisał **Adam Wizel**, ordynator klin. psychiatrycznej w szp. Ś-go Jana Bożego.

(Dokończenie.—Zob. N. 11).

KRAFFT-EBING również przyznaje istnienie obłąkania ostrego, nazywa je wszakże nie paranoją, lecz bredzeniem halucynacyjnem (*delirium hallucinatorium*, der hallucinatorische Wahnsinn). Według KRAFFT-EBING'a, dwie te psychozy stanowią całkiem odrębne i pod każdym względem różniące się od siebie cierpienia. Zasadnicza różnica między niemi, według KR.-EBING'a, polega na tem, że bredzenie omawiane należy do kategorii t. zw. psychoneuroz, t. j. cierpień, powstających wskutek tych lub innych przyczyn u osobników składających całkiem normalnych i dziedzicznością nieobciążonych; gdy obłąkanie przewlekłe należy do grupy t. zw. zwyrodnień psychicznych, t. j. chorób, rozwijających się u jednostek, obdarzonych wyraźną konstytucją neuro-psychopatyczną.

Pod względem klinicznym dwie te psychozy również nader silnie, według KR.-EBING'a, różnią się od siebie. Jakkolwiek bowiem i przy bredzeniu halucynacyjnem urojenia niekiedy systematyzują się, nigdy wszakże nie osiągają tej doskonałej systematyzacyi, jaką u paranoików przewlekłych wi-

dzimy. Następnie, przy bredzeniu halucynacyjnem nader wielką rolę odgrywają uludy zmysłowe, które niekiedy są tak liczne i tak różnorodne, że aż częściowe przyćmienie świadomości powodują. Wreszcie, dodaje KR.-EBING, bredzenie halucynacyjne nigdy, nawet przy powolniejszym przebiegu i przy dłuższem trwaniu cierpienia, w obłąkanie przewlekłe nie przechodzi<sup>3)</sup>.

SCHÜLE<sup>4)</sup> nie widzi tak wielkiej różnicy pomiędzy ostrem i przewlekłym obłąkaniem; obie te postacie nazywa on bredzeniem (Wahnsinn) i dzieli je na ostre, przewlekłe i atoniczne.

Według SCHÜLE'go, obłąkanie ostre i przewlekłe posiadają tę wspólną cechę, że przy nich nastrój (Stimmung) chorego jest zawsze zjawiskiem wtórnym, reakcją przeciwko uludom zmysłowym, i że obie polegają na zaburzeniu mechanizmu wyobraźniowego; różnią się zaś tem, że przy obłąkaniu ostrem świadomość w większym stopniu podlega zaburzeniu, aniżeli przy przewlekłym. SCHÜLE utrzymuje dalej, że nasilenia (*exacerbatio*), zdarzające się w przebiegu obłąkania przewlekłego, są syptomatologicznie całkowicie podobne do obłąkania ostrego halucynacyjnego.

KRAEPELIN ściśle odgranicza ostre obłąkanie od przewlekłego, nazywając pierwsze — Wahnsinn; drugie zaś — Verrücktheit. Ta ostatnia jest, według KRAEPELIN'a, chorobą *par excellence* przewlekłą i konstytucyjną i cechuje się stałą, głęboko sięgającą zmianą osobowości duchowej, czego w żaden sposób nie można powiedzieć o bredzeniu ostrem.

„Zaproponowane przez WESTPHAL'a utworzenie specjalnej grupy ostrej paranoi — powiada KRAEPELIN — wydaje mi się niewłaściwem, albowiem wskutek podobnego rozszerzenia terminu traci na wartości najważniejsza cecha paranoi, a mianowicie jej przewlekłość i konstytucjonalność, nadto do jednej i tej samej kategorii zostaje zaliczony cały szereg różnorodnych cierpień“<sup>5)</sup>.

Innego zdania jest MENDEL. Uczony ten zachowuje termin *paranoia* zarówno dla ostrych, jak i dla przewlekłych postaci obłąkania. Według MENDEL'a, paranoia zarówno ostra, jak i przewlekła dzieli się jeszcze na prostą (*simplex*) i omamową (*hallucinatoria*). *Paranoia acuta hallucinatoria*, albo, jak ją inaczej jeszcze autor nazywa, *delirium hallucinatorium*, cechuje się, według MENDEL'a, następującymi objawami: po krótszym lub dłuższym okresie zwiastunowym pojawia się bredzenie ogólne przy znacznem zaburzeniu świadomości; bredzeniu towarzyszy masa omamów, atakujących wszystkie niemal zmysły; wśród ogólnego bredzenia dają się przelotnie zauważyć idee ambitne i prześladowcze<sup>6)</sup>.

Ten sam zupełnie podział obłąkania na proste i omamowe, oraz na ostre i przewlekłe znajdujemy u JASTROWITZ'a. Według JASTROWITZ'a, *paranoia acuta* nie jest niczem innem, jak tylko obłąkaniem przewlekłym w skróceniu. Powstaje zaś ona w sposób następujący: po okresie zwiastunowym, cechującym się obecnością silnego afektu, następuje nagły wybuch i szybki rozwój systemu urojeń. Co do ulud zmysłowych, to w jednych przypadkach pojawiają się nader tłumnie (*par. acuta hallucinatoria*), w innych zaś występują w bardzo skąpej ilości (*par. acuta simplex*). Że ostre i przewlekłe

<sup>3)</sup> KRAFFT-EBING. Lehrbuch der Psychiatrie.

<sup>4)</sup> Klaische Psych. 1886.

<sup>5)</sup> KRAEPELIN. Psychiatrie 1889.

<sup>6)</sup> MENDEL. *Delirium hallucinatorium*. Berl. Klin. Wochenschr. 1894 N. 29.

obląkanie są to cierpienia pokrewne, dowodzi, według JASTROWITZ'a, fakt, iż obląkanie ostre przy dłuższem trwaniu może przejść w typowe przewlekłe i skończyć się otępieniem umysłowym (*dementia*) <sup>7)</sup>.

JOLLY również staje w obronie powinowactwa obląkania ostrego i przewlekłego. Według JOLLY'ego, dwie te psychozy różnią się od siebie tylko przebiegiem. Przy ostrem istnieje ta sama zupełnie skłonność do systematyzacji urojeń, co i przy przewlekłym (czem się właśnie paranoia zasadniczo różni od amencji). Obląkanie ostre nadto może przejść, według JOLLY'ego, w przewlekłe <sup>7)</sup>.

Na zakończenie przeglądu zapatrywań psychiatrów niemieckich na obląkanie ostre, przytoczymy jeszcze najnowszy pogląd CRAMER'a. Uczony ten nie tylko, że nie odróżnia obląkania ostrego od przewlekłego, ale do tej samej kategorii zalicza jeszcze amencję. Według niego, *amentia*, *paranoia acuta* i *paranoia chronica* stanowią winny jedną grupę, a mianowicie: grupę paranoiczną (*Paranoiagruppe*).

Oto, jak różnorodne poglądy panują w psychiatrii niemieckiej odnośnie do istoty obląkania ostrego oraz do stanowiska, przynależnego mu w szeregu chorób umysłowych.

Przechodząc z kolei do poglądów szkoły francuskiej, zauważyć winniśmy, że i tutaj panuje również wielki chaos. Pomijając badania innych autorów, przytoczymy dla przykładu pracę CHASLIN'a pod tytułem „*Confusion mentale primitive*” <sup>8)</sup>. Autor nazywa „zamętem myślowym” ostrą psychozę, powstającą wskutek nagłego wyczerpania układu nerwowego ośrodkowego, zalicza zaś doń takie cierpienia, jak: *amentia*, *dementia acuta*, *paranoia acuta*, *psychosis polyneuritica* (KORSAKOW'a) i w. in.

Z powyższego przeglądu prac widzimy, że uczeni dalecy są od jakiegoś jednolitego poglądu na istotę obląkania ostrego. Gdy jedni odgraniczają je ściśle od obląkania przewlekłego i od amencji i wyznaczają mu samodzielne stanowisko w szeregu chorób umysłowych, inni utożsamiają je bądź z amencją, bądź z obląkaniem przewlekłym, bądź wreszcie z jednym i drugim.

Pozostawimy na stronie ten spór psychiatrów o istotę obląkania ostrego i o stosunek jego do innych cierpień umysłowych. Co do nas, to zadowolnimy się przyznaniem istnienia pewnej ściśle określonej pod względem klinicznym postaci chorobowej, postaci, którą większość uczonych chrzci mianem obląkania ostrego (MENDEL, JASTROWITZ, JOLLY i wielu innych), a która przez innych psychiatrów bywa nazywana: *acute primäre Verrücktheit* (WESTPHAL i MEYNERT), *hallucinatorische Wahnsinn* (KRAFFT-EBING), *acuter Wahnsinn* (SCHÜLE), albo wprost *Wahnsinn* (KRAEPELIN). Do tej właśnie klinicznej postaci zaliczamy opisany powyżej przypadek.

Przechodzimy teraz do ostatniej i najważniejszej części naszej pracy.

Chory nasz, jakśmy rzekli, przeszedł obląkanie ostre omamowe. Cierpienie to, jak z historyi choroby wynika, skończyło się wyzdrowieniem; wyzdrowienie to jednak jest tylko częściowe. Coprawda, chory w obecnej chwili zajmuje się gorliwie pracą, pełni sumiennie liczne i uciążliwe obowiązki, mówi i postępuje rozsądnie, tak, iż na pierwszy rzut oka wydaje się

<sup>7)</sup> P. dyskusję nad pracą CRAMER'a i BOEDEKER'a, w Towarzystwie psychiatrycznym Berlińskiem na posiedzeniu d. 17 marca 1894. Ref. w Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie. 1895. str. 178 - 205.

<sup>8)</sup> Annales medico-psychol. VII Série T. seizième.

być całkiem zdrowym,—ale dość wejrzeć głębiej w jego życie psychiczne, aby się przekonać, że jest on jeszcze dalekim od zupełnego zdrowia.

Przedewszystkiem trapią go jeszcze ciągle ułudy zmysłowe. Wprawdzie zachowuje się on dziś względem tych ułud zupełnie inaczej, aniżeli dawniej; o ile bowiem dawniej nie zdawał sobie sprawy z ich chorobliwej natury, o tyle dziś wie doskonale, co o nich sądzić, i z ułud swych, względem których zachowuje się krytycznie, żadnych wniosków błędnych nie wyprowadza. Niemniej jednak ułudy zmysłowe są i dość silnie choremu dokuczają. Przy sposobności zauważymy, iż obecne omamy oraz złudzenia chorego posiadają tę znamionną cechę, że prawie zawsze treść ich odnosi się do wydarzeń przeszłych. Chory dotąd jeszcze ciągle słyszy błagalne słowa i rozpaczliwe wołania rodziny.

Ale prócz ułud zmysłowych spostrzegamy u chorego inny jeszcze, o wiele ciekawszy objaw; objawem tym jest pewien szczególny rodzaj urojeń.

Powróćmy do przytoczonej wyżej opowieści chorego. Opowieść ta, jak widzimy, jest z jednej strony wiernem odbiciem, dokładną historią tego, co chory przeżył i przemyślał podczas choroby. Z drugiej strony stanowi ona wymowną ilustrację obecnego stanu chorego. Istotnie, historia, opowiedziana przez chorego, nie tylko poucza nas o tych wszystkich urojeniach, jakie się w umyśle jego tworzyły podczas choroby, ale nadto dowodzi, że jeszcze dziś stan jego umysłowy przedstawia poważne braki; czem zaś są owe braki, postaramy się zaraz jasno wytłomaczyć.

Przypomnijmy sobie te wszystkie przygody i perypetye, o jakich chory nam opowiada. Co się okazuje? Oto, iż chory opowiada o nich, jako o faktach prawdziwych, jako o faktach, które jakoby istotnie miały miejsce w rzeczywistości. Chory nasz nie zdradza najmniejszej tendencji do krytycznej oceny przywidzeń, jakie się w jego mózgu w przebiegu psychozy zrodziły; przeciwnie, wszystkie swe dawne urojenia prześladownicze zachowuje on i dziś w najzupełniejszej mocy. Jego istotnie postanowiono ukarać, przeciwko niemu istotnie został uknuty spisek, jemu istotnie podawano truciznę, jego istotnie potajemnie chloroformowano, elektryzowano, suggestyonowano i t. p. Wszystko to, według zdania chorego, miało istotnie miejsce w rzeczywistości. Widzimy więc, że chory w stosunku do przeszłości jest tym samym zupełnie paranoikiem, jakim był przedtem; wypowiada bowiem te same zupełnie, co i przedtem, idee błędne. Ale na tych urojeniach dawnych kończy się całe jego rozumowanie paranoiczne. Odnosnie bowiem do teraźniejszości, do chwili bieżącej, nie wypowiada on żadnych zgoda urojeń, żadnych idei prześladowniczych; prześladowców obecnie nie posiada, nikt mu nie szkodzi i nie dokucza, nikogo o niechęć, ani o nienawiść względem siebie nie posądza. Jest więc paranoikiem tylko w stosunku do przeszłości. Oto jest zjawisko, które tak nas uderzyło w danym przypadku i któremu nadaliśmy nazwę „urojeń wstecznych“. Chory żadnych urojeń aktualnych nie wypowiada, wszystkie zaś jego urojenia są wsteczne, są odtworzeniem dawnych urojeń.

Chorego poraz pierwszy widziałem w październiku r. z., a zatem w pół roku po tem, jak został ze szpitala wypisany. Przez cały ten czas żywił on jaknajmocniejsze przekonanie, że go w szpitalu prześladowano. Co więcej, to samo przekonanie chory żywił jeszcze i długi czas później, nie bacząc na wszystkie moje perswazyje, nie bacząc na nader częste ze mną rozmowy,

w których usiłowałem mu dowieść, że pozostaje w błędzie. Mimo wszystkie perswazy i mimo wszystkie dowody, chory nieustannie powracał do swego dawnego przekonania.

I dopiero w ostatnich czasach, może półtora miesiąca temu, chory zaczął się wahać, zaczął wątpić o słuszności swych posądzeń i oskarżeń. Proces ten wątpienia czyni z każdym dniem coraz większy postęp,—bywają chwile, kiedy chory kategorycznie przyznaje się do błędu, choć z drugiej strony zdarzają się dnie, kiedy próbuje bronić niektórych ze swych dawnych urojeń. I nic w tem dziwnego. Idee błędne chorego sprzęgły się w jego umyśle w tak mocny, tak silnie skonsolidowany system assocyacyjny, iż dużo potrzeba czasu, aby system ten uległ zburzeniu. Tylko z wolna, tylko drogą nieustannej perswazyi można doprowadzić do zupełnej dyssocjacji skojarzonych pojęć.

Zjawia się teraz pytanie: cóż to jest za stan, w którym się chory obecnie znajduje? Według nas, stan ten nie jest niczem innem, jak tylko powolnem zdrowieniem po przebytem obłąkaniu ostrem. Zazwyczaj chorzy po przejściu obłąkania ostrego nader prędko zaczynają się zapatrywać krytycznie na swe dawne urojenia. W naszym przypadku dzieje się inaczej: chory wraca do zdrowia, przechodząc przez długi okres nader powolnego zdrowienia, okres, cechujący się obecnością urojeń wstecznych.

Czy chory nasz wyzdrowieje z czasem zupełnie? Według wszelkiego prawdopodobieństwa—tak. Już ta jedna okoliczność, że na chorego działa teraz perswazyja, dowodzi, że znajduje się on w okresie szybciej postępującego zdrowienia. Gdy urojenia są bardzo silne, wówczas na obłąkanym żadna sugestya wpływu nie wywiera. Ten brak wszelkiej sugestyjności jest jednym z najcharakterystyczniejszych objawów obłąkania. Otóż obecna podatność naszego chorego do sugestyi, do perswazyi, dowodzi, że znajduje się on na drodze do zupełnego wyzdrowienia.

Ciekawy jest niezmiernie ten proces psychologiczny, mocą którego chory nasz odzyskuje zdrowie.

Z tego, cośmy powyżej rzekli, wie czytelnik, że dotąd jeszcze dręczą chorego omamy i złudzenia. I jakkolwiek są one nader częste i nader wyraźne, chory nie czerpie z nich zgola motywu do jakichkolwiek urojeń. Względem swych ulud zachowuje się on krytycznie.

Ten sam proces wsteczny zaczyna się obecnie uwidoczniać coraz bardziej i w zakresie urojeń chorego.

Chory dziś coraz krytyczniej poczyną się zapatrywać na swe idee błędne. Jeszcze dziś, coprawda, zdaje mu się ciągle, że go w szpitalu dręczono i prześladowano; ale w tych przywidzeniach coraz częściej zaczyna on upatrywać fikcyjność. Urojenia jego stają się obecnie całkowicie podobnemi do wyobrażeń natrętnych. Chory zaczyna pojmować, że to, co mu się wydaje, jest tylko przywidzeniem, niemniej jednak przywidzenia te natarczywie umysłowego się narzucają. Jest wszakże nadzieja, że z czasem chory i od tych wyobrażeń natrętnych się uwolni, tak samo, jak z czasem uwolni się od swych złudzeń i omamów\*).

---

\*) W chwili obecnej chory jest całkowicie wolny od dawnych urojeń, pozostały tylko omamy, Przyp. póżniejszy).

Na zakończenie musimy uczynić pewne zastrzeżenie. Dotąd utrzymywaliśmy, iż chory nasz z czasem wyzdrowieje zupełnie. Zapewne,—choć z drugiej strony nie można nie przyznać, że, zanim chory odzyska w zupełności zdrowie, urojenia jego i ułudy mogą znów, pod wpływem tych lub innych warunków niepomyślnych, uleść nasileniu i że wówczas znów może powrócić dawne cierpienie albo nawet może się rozwinąć obłąkanie przewlekłe. Nawroty obłąkania ostrego nie należą do rzadkości, co zaś do możliwości przejścia obłąkania ostrego w przewlekłe, to możliwość tę, jakśmy powyżej rzekli, wielu autorów kategorycznie przyznaje.

## Sporadyczny przypadek zapalenia opon mózgodzeniowych (*meningitis cerebro-spinalis sporadica*),

zakończony wyzdrowieniem. Jego natura i pochodzenie.

podał **Feliks Arnstein** (Kutno).

Rzecz czytana na posiedzeniu lekarzy prowincjonalnych w Kutnie d. 14 grudnia 1895 r.

Zapalenie opon mózgodzeniowych należy do cierpień stosunkowo bardzo rzadkich. Występuje ono w 2 postaciach: albo jako cierpienie wtórne, wikłające inne choroby zakaźne: dur, zapalenie płuc i t. p., albo też jako cierpienie pierwotne, samoistne (*genuin*).

Zapalenie opon mózgodzeniowych samoistne objawia się najczęściej pod postacią mniej lub więcej obszernej epidemii, od czasu do czasu nawiedzającej pewną miejscowość<sup>1)</sup>; rzadko zaś spotykamy się ze sporadycznym przypadkiem tego cierpienia. To jest właśnie powodem, że podaję do wiadomości przypadek, jaki miałem sposobność niedawno spostrzegać.

Dziewczynka 8-letnia Z. w dniu 22 listopada, będąc poprzednio zupełnie zdrową, zaczęła się skarżyć na ból głowy i kilkakrotnie w ciągu tego dnia wymiotowała. Cały dzień następny pokładała się, skarżąc się na ból głowy, a przed wieczorem dostała dreszczów i gorączki. Wezwany nazajutrz t. j. dnia 24 XI., a 3-go dnia choroby, znalazłem co następuje: dziecko skarży się na mocny ból głowy, przewraca się w łóżku z miejsca na miejsce; twarz zaczerwieniona wyraża cierpienie; ciepłota ciała podniesiona do 39°, tętno przeszło 100, zresztą prawidłowe; język obłożony; brzuch nieco wzdęty, niezbyt bolesny; wypróżnienia od 2 dni nie było. Badanie narządów klatki piersiowej daje wyniki ujemne.

Ponieważ w tym czasie panowały epidemicznie w mieście Kutnie, między dziećmi, dur brzuszny i zapalenie płuc, przypuszczałem na razie, że mam do czynienia z początkowym okresem jednej z tych chorób, szczególnie z durem; przeciw zapaleniu płuc bowiem zdawał się przemawiać brak wszelkich przypadłości ze strony płuc, któreby musiały się już objawić trzeciego dnia choroby. Przepisałem kilka dawek kalomelu i zaleciłem okład zimny na głowę.

<sup>1)</sup> W powiecie Kutnowskim miałem sposobność w ciągu 22 lat spostrzegać 2 razy epidemię nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych.

Nazajutrz t. j. 25. XI. (4-ty dzień choroby) stan następujący: dziecko senne, lecz przytomne, postępuje, skarży się na mocny ból głowy; przy poruszaniu go, badaniu i przy siadaniu chwytą się za głowę; głowa silnie wtył pochylona, tak, że jej siłą wyprostować nie można; kark sztywny i bardzo bolesny na ucisk (*opistotonus*); źrenice obie silnie rozszerzone, słabo oddziałują na światło; ciepłota ciała  $38,8^{\circ}$ , tętno przeszło 100; po kalomelu kilka wypróżnień; dziecko w ciągu nocy ani razu nie wydalalo moczu. Rozpoznałem ostre zapalenie opon mózgodzeniowych, co potwierdził wezwany na poradę kolega H. Zalecono pijawki za uszami, lód na głowę i kilka dawek salicylanu sodu po 0,50. Ciepłota ciała dnia tego wieczorem  $39^{\circ}$ .

Nazajutrz 26. XI. (5-ty dzień choroby), ciepłota ciała  $38,4^{\circ}$ , tętno około 100. Ból głowy widocznie nieco mniejszy, dziecko leży spokojniej; sztywność i bolesność karku taka sama, źrenice rozszerzone; brzuch niewzdęty, niebolesny; badanie narządów klatki piersiowej (na które szczególną podczas całego czasu trwania choroby zwracałem uwagę) daje wyniki ujemne.

Dnia 27. XI. (6-ty dzień choroby), ciepłota ciała  $38^{\circ}$ , ból głowy znacznie mniejszy; dziecko trzyma główkę prościej, sztywność karku mniejsza, kark na ucisk jeszcze bolesny, źrenice mniej rozszerzone; dziecko weselsze, chętniej przyjmuje pożywienie.

Dnia 28. XI. (7-my dzień choroby), ciepłota ciała  $38^{\circ}$ , tętno 110, ból głowy nieznaczny, sztywność karku znacznie mniejsza, źrenice jeszcze rozszerzone, wypróżnienia i oddawanie moczu prawidłowe, nieznaczny kaszel, badanie płuc daje wyniki ujemne.

Dnia 29. XI. (8-my dzień choroby), ciepłota ciała  $37,6^{\circ}$ , tętno 90. Ból głowy zupełnie ustąpił, kark jeszcze nieco sztywny, lecz nie bolesny, źrenice mało rozszerzone, lepiej oddziałują na światło; dziecko weselsze, samo siada na łóżeczku. Od tego dnia następuje stopniowo poprawa i szybki powrót do zdrowia.

W przypadku tym, jak widać z powyższego opisu, mieliśmy niewątpliwie do czynienia z zapaleniem opon mózgodzeniowych. Jaka była natura cierpienia w naszym przypadku i co je wywołało, są to pytania, nad którymi pozwolę sobie nieco dłużej się zatrzymać.

Celem wyjaśnienia ich, zestawimy jeszcze raz symptomatologię i przebieg choroby w naszym przypadku. Choroba zaczęła się u dziecka poprzednio zupełnie zdrowego, bez wiadomej przyczyny, od bólu głowy, wymiotów i gorączki średniego natężenia. W kilka dni później stwierdzono niezwykle silny ból głowy, charakterystyczny dla ostrych zapaleń opon mózgowych, sztywność i bolesność karku, rozszerzenie źrenic, zatrzymanie stolca, moczu i t. p. Ostry okres choroby, po 8-io dniowem mniej więcej trwaniu, stopniowo zaczyna ustępować: ustępuje ból głowy, sztywność i bolesność karku, gorączka i inne przypadłości chorobowe; ostatecznie następuje wyzdrowienie dziecka.

Kto miał sposobność spostrzegać epidemię nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych, nie może chyba nie dopatrzeć analogii między obrazem klinicznym naszego przypadku, a większością przypadków średniego natężenia, spostrzeganych podczas epidemii t. zw. nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych.

To też nie waham się uważać przypadek nasz za sporadyczny przypadek t. zw. nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych, a zatem za zapalenie pochodzenia zakaźnego (*meningitis cerebro - spinalis infectiosa sporadica*).

Przemawia za tem ostry początek choroby, charakterystyczne objawy ze strony narządu nerwowego ośrodkowego, przebieg choroby, krótkie jej trwanie, brak wszelkiego innego momentu przyczynowego, głównie zaś pomyślne zejście choroby. Według mego bowiem przekonania, tylko ta postać ostrego zapalenia opon mózgodzeniowych może się skończyć i w rzeczy samej często kończy się wyzdrowieniem. Ja przynajmniej, nigdy nie widziałem zapalenia opon mózgodzeniowych innego pochodzenia, któreby się skończyło wyzdrowieniem.

Przyjmując przypadek nasz za sporadyczny przypadek t. zw. nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych, zaznaczyć muszę, że przypadki tego rodzaju były, acz nieczęsto, spostrzegane i opisywane. Między innymi, w r. 1887 NEUMAN i SCHÆFER z Berlina <sup>2)</sup> opisali 2 sporadyczne przypadki zapalenia opon mózgodzeniowych, zakończone śmiercią; w jednym z nich — mimo chodem tu wspomnę — badanie bakteryologiczne wykazało w wysięku ropnym opon pneumokoki.

Co mogło być bezpośrednią przyczyną zapalenia opon mózgodzeniowych w naszym przypadku? Zanim na pytanie to odpowiem, pozwolę sobie w krótkości streścić wyniki badań bakteryologicznych nad ostrem zapaleniem opon mózgodzeniowych, odsyłając interesującego się tym przedmiotem czytelnika po obszerniejsze wiadomości do pracy HEWELKEGO pod tytułem „Obecny stan etyologii nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych“, drukowanej w zeszycie 3-im Kroniki Lekarskiej 1894 r.

Badania bakteryologiczne wysięku opon, przedsięwzięte w ostatnich latach przez licznych badaczy, między którymi pierwsze miejsce zajmują badania FRÄNKEL'a, WEICHELBAUM'a, BORDONI-UFFREDUZZI'ego, NETTER'a, JANOWSKIEGO, DMOCHOWSKIEGO i innych, dały wyniki następujące. W przypadkach zapalenia opon mózgodzeniowych, wikłającego inne choroby zakaźne, jak dur, zapalenie płuc, sprawy ropne, znaleziono w wysięku z opon po większej części te same drobnoustroje, które wywołały chorobę pierwotną, a zatem laseczники durowe, pneumokoki, drobnoustroje ropne, *stricte sic dictu*, gronkowce i paciorkowce. W przypadkach samoistnie rozwijającego się zapalenia opon mózgodzeniowych, tak sporadycznych, jakoteż w przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych, znajdowano w wysięku z opon prawie wyłącznie pneumokoki. Ostatni ten pasorzyt jest też przez licznych badaczy uważany za jedyną przyczynę t. zw. nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych. Jakkolwiek sprawa ta, jak słusznie twierdzi HEWELKE, nie może być uważana za rozstrzygniętą i oczekuje wyjaśnienia od przyszłych badań w czasie panowania epidemii zapalenia opon mózgodzeniowych, faktem jednak pozostaje niewątpliwym, że pneumokok odgrywa pierwszorzędną rolę w etyologii ostrego zapalenia opon mózgodzeniowych, szczególnie samoistnie się rozwijającego.

Droga, jaką się drobnoustroje dostają do opon, jest dwojaka: albo przez krwiobieg, co ma najczęściej miejsce przy zapaleniu opon, wikłającym inne cierpienia zakaźne; albo przez jamę bębenkową, jamę nosową i jamy boczne (WEICHELBAUM, ORTMAN, JACKSCH), co ma miejsce przy zapaleniu opon mózgodzeniowych, samoistnie się rozwijającym.

Wracając do naszego przypadku, zaznaczyć winienem, o czem już wyżej wspominałem, że w tym czasie, kiedy go spostrzegałem, w mie-

<sup>2)</sup> Referat w N. 4 Kroniki Lekarskiej 1888.

ście Kutnie od 2 miesięcy panował epidemicznie dur brzuszny i od kilku tygodni różne postacie zapalenia płuc (w jednym przypadku z zejściem w ropień), przeważnie między dziećmi. Mając to na względzie, jak również dane bakteriologiczne powyżej podane, przypuszczam z wielkiem prawdopodobieństwem, że ta sama przyczyna (pneumokok), która w znacznej ilości przypadków u dzieci w tym czasie spowodowała zapalenie płuc, mogła przy sprzyjających a nieznanych mi warunkach spowodować w danym przypadku zapalenie opon mózgowodzeniowych.

Wypada mi się jeszcze wytłumaczyć, dlaczego, wobec panującego w tym czasie duru, nie uważam zarazka durowego za możliwą przyczynę zapalenia opon mózgowodzeniowych w naszym przypadku. W tym względzie powołać się muszę na odnośną literaturę, w której podane są przypadki zapalenia opon mózgowodzeniowych, w których znaleziono wprawdzie w wysięku ropnym z opon laseczники durowe; lecz były to przypadki, wklajające dur brzuszny; nieznany mi zaś jest przypadek zapalenia opon mózgowodzeniowych bez duru, w którymby znaleziono laseczники EBERTH'a.

## PATOLOGIA I TERAPIA przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego,

oraz uwagi

o leczeniu neurastenii płciowej.

Napisał S. Groszlik.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 11).

U chorych, dotkniętych ciężką postacią osłabienia nerwowego, którego punktem wyjścia są zaburzenia w gruczole krokowym, należy postępować według zasad, przyjętych w leczeniu neurastenii wogóle. W tych razach leczenie miejscowe jest zdaniem mojem bezwzględnie przeciwwskazane; wiemy bowiem, że „zmiany układu nerwowego ośrodkowego, stanowiące podstawę neurastenii, okazują po pewnym czasie dążność do wyzwolenia się z pod zależności od wpływów przyczynowych; usunięcie więc tych wpływów nie może spowodować zmiany w dalszym przebiegu choroby“<sup>9)</sup>.

Przypadki, cechujące się silnem natężeniem objawów miejscowych, zwłaszcza zaś częstem parciem na mocz, prostatoreą, nasieniotokiem lub kapaniem moczu, przypadki, w których zboczenie czucia w sferze płciowej jest nadzwyczaj uporczywe i chorych mocno trapi, wymagają, obok postępowania wyżej wyłuszczonego, jeszcze przezornego leczenia miejscowego. Oddawna już walczą o lepsze dwie metody leczenia miejscowego: przez odbytnicę i przez cewkę. Polegają one na wprowadzaniu do odbytnicy lub cewki rozmaitych środków lekarskich oraz narzędzi w celu bądź zmniejszenia lub usunięcia stanu zapalnego gruczołu krokowego, bądź też złagodzenia rozmaitych zaburzeń czynnościowych, mających swe źródło w części krokowej cewki. Ścisłe wskazanie do użycia tych środków, w wielu razach niezaprzeczenie bardzo pożytecznych, postaram się podać później. Prze-

<sup>9)</sup> LOEWENFELD. O chorobach nerwowych na tl. z burzeń płciowych powstałych. Odczyty kliniczne wydawane przez redakcyę Gazety Lekarskiej. 1892. N. 42 i 43. Tom. J. SKŁODOWSKIEGO, str. 63.

dewszystkiem zaś chciałbym zastanowić się szczegółowo nad wartością nowego rzekomo sposobu leczenia przewlekłego zapalenia gruczołu przez odbytnicę, mia- nowicie nad zachwalaniem w ostatnich czasach mięsieniem gruczołu krokowego, mającem jakoby przewagę nad wszelkimi innemi metodami postępowania.

Pierwszy zalecał rzeczoną metodę w specjalnym artykule EBERMANN<sup>10)</sup> w 1892 roku. Wychodząc z zasady, że gruczoł krokowy jest bardzo bogaty w naczynia krwionośne i chłonne, pozostające w bezpośrednim związku z odpowiedniami naczyniami miednicy, sądzi EBERMANN, że we wszystkich tych razach, w których gruczoł krokowy znajduje się w stanie obrzmienia, najskuteczniejszym środkiem do jego zwalczania jest mechaniczne wytłaczanie nagromadzonych w gruczole wytworów chorobowych. Zdaniem EBERMANN'a postępowanie to sprzyja wessaniu się wytworów takich, które następnie ulegają w krwiobiegu dalszym przemianom i zostają nareszcie wydalone z ustroju dzięki czynności narządów wydzielniczych. Zabieg ten wyprowadza zarazem zawartą w gruczole wydzielinę do cewki. Wytłaczanie wytworów chorobowych dokonywa się przez mięsienie gruczołu palcem, wprowadzonym do odbytnicy. Chory leży przytem nawznak, lub też, jeżeli pożądaný jest silniejszy na gruczoł ucisk, chory przyjmuje położenie *à la vache*, masażysta zaś wprowadza do odbytnicy palec wskazujący, uprzednio posmarowany tłuszczem, i ugniata gruczoł najpierw w kierunku od prawej strony ku lewej i odwrotnie, następnie od dołu ku górze, t. j. od wierzchołka ku podstawie gruczołu. Punktem oparcia dla gruczołu służy spojenie łonowe, do którego gruczoł przyciskamy, albo też zgłębnik metalowy, uprzednio wprowadzony do pęcherza. Posiedzenie trwa 5—10 minut i powtarza się codziennie lub też co drugi dzień.

Metodę powyższą zaleca autor w zapaleniu przewlekłym oraz w przeroście gruczołu krokowego i przytacza cztery przypadki pierwszego oraz tyleż przypadków drugiego cierpienia, leczonych w ten sposób z dobrym pono skutkiem.

Jednocześnie z EBERMANN'em i niezależnie od niego wystąpił z podobną propozycją THURE BRANDT. Jakkolwiek nagłówki obu artykułów THURE BRANDT'a brzmią „o mięsieniu w zapaleniu gruczołu krokowego“<sup>11)</sup>, jednakże z dość mętne- go przedstawienia rzeczy zdaje się wynikać, że autor ten ma na myśli przerost gruczołu, mówi bowiem o zatrzymaniu moczu u ludzi wiekowych. Obok mięsienia *per rectum* zaleca THURE BRANDT jeszcze skomplikowane ruchy gimnastyczne, stosowane przezeń w praktyce ginekologicznej. Ruchy te, jakoteż mięsienie gruczołu mają na celu ułatwianie wydalania moczu.

Wkrótce po wystąpieniu EBERMANN'a i THURE BRANDT'a zjawiło się kilka prac, omawiających zbawienne skutki mięsienia w zapaleniu przewlekłym gruczołu krokowego. Literatura tego przedmiotu jest jeszcze wprawdzie niewielka, od- znacza się jednak dziwną w pracach lekarskich zgodnością poglądów, która wyraża się jednobrzmiącymi prawie wynikami, otrzymanymi przy stosowaniu mięsienia. Najbardziej uderzające wyniki otrzymywał stale SCHLIFKA<sup>12)</sup>. Podaje on opis czterech przypadków, w których już po kilkakrotnem mięsieniu ustąpiły nie- mał całkowicie wszystkie objawy chorobowe; w jednym nawet przypadku chory odzyskał siłę męską, dotychczas zupełnie straconą. Żarliwych stronników zjednała sobie ta metoda leczenia w osobach ROSENBERG'a<sup>13)</sup> i KEERSMAECKER'a<sup>14)</sup>. Pier-

<sup>10)</sup> EBERMANN. Die Massage der Prostata. Internat. Centralbl. f. d. Physiol. und Pathol. der Harn- und Sexualorgane. 1892, zeszyt 8.

<sup>11)</sup> THURE BRANDT. Zur Massage bei Prostatitis. Deutsche med. Wochenschr. 1892. N. 44 i 51.

<sup>12)</sup> SCHLIFKA. Ueber Massage der Prostata. Wiener med. Wochenschr. 1893. N. 20 i 21.

<sup>13)</sup> ROSENBERG. Die Therapie der Prostatitis chronica. Centralbl. f. die Krankheiten der Harn- u. Sexualorg. 1894. Zeszyt 8.

<sup>14)</sup> KEERSMAECKER. Du diagnostic et du traitement de la prostatite chronique. Ann. de la soc. belge de chirurgie, 15 avril, 1895. Przedruk w Ann. d. mal. d. org. gén.-urin. 1895. N. 8.

wszy uzyskał całkowite wyleczenie w czterech przypadkach po upływie 4—6 tygodni przy mięsieniu, dokonywanem co 3—4 dni; w trzech zaś przypadkach KEERS-MAECKER'a leczenie przedłużało się około 3 miesięcy i pomimo bardzo nieregularnie prowadzonego mięsienia dało wyniki zupełnie zadawalające.

O mięsieniu gruczołu krokowego wspomina również v. SEHLEN<sup>15)</sup> i zaleca je jako czynnik dodatni w leczeniu zapalenia przewlekłego tego narządu. Obszerniej rzecz tę roztrząsa FELEKI w świeżo ogłoszonej pracy<sup>16)</sup>. Uważa on mięsienie za metodę leczniczą teoretycznie racjonalną, ze stanowiska zaś praktycznego wielce skuteczną; sądzi jednak, że postępowanie dotychczasowe, mianowicie ugniatanie gruczołu palcem, wprowadzonym do odbytnicy, nie wystarcza do całkowitego opróżnienia gruczołu z zawartej w nim wydzieliny. Zdaniem bowiem FELEKI'ego, odległość od otworu stolcowego niezawsze pozwala na dokładne obmacywanie lub ugniatanie całego gruczołu. Wymiary, jakie autor ten dokonał na trupach, wykazały, że odległość wierzchołka (dolnego końca) gruczołu od otworu stolcowego wynosi w przecięciu 6,3 ctm., odległość zaś podstawy (górnego końca) wynosi średnio 9,2 ctm. Wymiary te, zwłaszcza ostatni, znacznie przewyższają dotychczasowo przyjęte (7—7½ ctm.). Dość często znajdował FELEKI u trupów osób nie starszych nad lat 50 (gdzie zatem przerost starczy mógł być całkowicie wyłączony) odległość podstawy gruczołu od otworu stolcowego wynoszącą 10—13 ctm., a zatem niedostępną dla palca. Opierając się na tych danych anatomicznych, jakoteż ze względu na okoliczność, iż mięsienie zapomocą palca stanowi dla lekarza rękoczyn nieprzyjemny, zbudował FELEKI odpowiedni przyrząd, dający możliwość wykonywania rzeczzonego rękoczynu z całą dokładnością. Przyrząd składał się ze zgłębnika gruszkowatego, którego największy obwód wynosi 6 ctm., tadzież z rękojeści długości 18—20 ctm.; obie te części składowe ustawione są do siebie pod kątem 100°. Dobrze posmarowaną tłuszczem gruszkę wprowadza sobie chory sam do odbytnicy, masażysta zaś, podnosząc i opuszczając rękojeść, oraz posuwając na prawo i na lewo, wykonywa ucisk na całą powierzchnię odbytniczą gruczołu. Posiedzenie trwa 3—10 minut i powtarza się 2—3 razy tygodniowo, zależnie od wrażliwości chorego.

Spojrząwszy na powyższą sprawę z naszego stanowiska, muszę przedewszystkiem zaznaczyć, iż mięsienie gruczołu krokowego w zapaleniu przewlekłym nie jest rękoczynem tak świeżej daty, jak to mniemają zwolennicy tego sposobu leczenia. Każdy prawie ze wzmiankowanych autorów uważa metodę za wyległą w jego własnej głowie; tymczasem zaleca ją już FÜRBRINGER (1890) w znanym swoim podręczniku<sup>17)</sup>, nie przypisuje jej atoli zbyt wielkiego znaczenia, skoro nie podnosi mięsienia do godności metody. Z drugiej strony, ocena materiału, jakiego nam dostarczają żarliwi obrońcy mięsienia, dowodzi raz jeszcze tej niezbitej prawdy, że wielu lekarzy w sprawach leczniczych nazbyt mały czyni użytek ze swojej władzy myślenia. Nie mogę nie zgodzić się z EBERMANN'em, że w przeroście gruczołu krokowego mięsienie w rzeczy samej przynieść może pewien pożytek, albowiem przez ugniatanie gruczołu możemy do pewnego stopnia zmniejszyć w nim prze krwienie, tak często stanowiące przyczynę ostrego zatrzymania moczu. Oso-

<sup>15)</sup> SEHLEN. Zur Diagnostik u. Therapie d. Prostatitis chron. Centralbl. f. d. Phys. u. Pathol. d. Harn- und Sexualorg. 1893. Zeszyt 6, 7 i 8.

<sup>16)</sup> FELEKI. Beitr. zur Kenntniss u. Therapie d. chron. Entzündung der Prostata u. d. Samenbläschen. Centralbl. f. d. Krank. d. Harn- u. Sexualorg. 1895. zeszyt 9 i 10.

<sup>17)</sup> FÜRBRINGER. Die inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Berlin, 1890. Na str. 507 czytamy: „Bei profusem Ausfluss empfehlen wir vorgängiges Ausdrücken der Drüse vom Mastdarm her...“.

biście mam do zanotowania kilka przypadków zatrzymania moczu w przerście gruczołu krokowego, gdzie kilkakrotnie zaledwie wykonane mięsienie spowodowało znakomite polepszenie stanu miejscowego, wyrażające się tem, że chorzy, którzy od pewnego czasu ani kropli moczu sami nie oddawali i zmuszeni byli do użycia cewnika, zaczęli po mięsieniu urynować bez pomocy narzędzi. Do tej kategorii chorych należy między innymi opisany w pracy mojej „W sprawie zapobiegania nieżyłowi pęcherza *e catheterisatione*“<sup>18)</sup> pod № 3“. Nie mogę jednak pojąć, czego właściwie oczekiwać należy od mięsienia gruczołu w zapaleniu przewlekłym. Cierpieniu temu zazwyczaj nie towarzyszy przekrwienie gruczołu, powiększenie zaś gruczołu, o którym autorowie nieraz wspominają, zanadto wielkie, jak wiemy, nosi piętno osobistego wrażenia badającego, ażebyśmy mu mogli przypisywać jakąkolwiek wartość realną. W zapaleniu przewlekłym cała sprawa chorobowa odgrywa się przeważnie i prawie wyłącznie w błonie śluzowej tkanki gruczołowej, mięsienie na sprawę tę żadnego przecież wpływu mieć nie może. Wprawdzie zwolennicy mięsienia kładą nacisk na tę okoliczność, iż zapomocą mięsienia usuwamy z pęcherzyków gruczołowych zawartość chorobową, która w przeciwnym razie jakoby zatrzymuje się tu i sprowadza rozmaite zboczenia czucia. Jednakże, badając starannie płyn, wyciśnięty z gruczołu, nie trudno zauważyć, że w przeważającej ilości przypadków główną jego część składową stanowi wydzielina, powstająca w gruczole w warunkach prawidłowych; że domieszka ciałek ropnych i innych elementów zapalnych, jakie w zapaleniu przewlekłym stwierdzić możemy, jest zazwyczaj tak nieznaczna, iż obecność ich prawie wcale nie wpływa ani na ilość, ani też na konsystencję wydzieliny. W przeważającej też ilości przypadków mamy do czynienia z bardzo łagodnymi zmianami w błonie śluzowej pęcherzyków gruczołowych, nie znajdującymi się wcale w stosunku prostym do objawów, jakie im towarzyszą. Zresztą, nawet w tych rzadkich przypadkach, w których istnieje wydzielina obfita, dająca obraz prawdziwej prostatorei, w których wydzielina ta zawiera dużą domieszkę leukocytów lub też składa się prawie wyłącznie z ciałek ropnych, o zatrzymaniu wytworów chorobowych mowy być nie może, albowiem te stale wydzielają się nazewnątrz samodzielnie, wypływowi zaś temu sprzyja znakomicie akt wydalania moczu i kału. Gdyby rzeczy miały się inaczej, t. j. gdyby w zapaleniu przewlekłym gruczołu miał miejsce zastój wydzieliny, którego usunięcie wymagałoby pomocy mechanicznej, jak np. ropy przy ropniu, moglibyśmy przecież przy badaniu stwierdzić nagromadzenie płynu, które ujawniałoby się choćby tylko powiększeniem gruczołu. Tymczasem ani jedno, ani drugie miejsca nie ma. Nawet w przypadkach prawdziwej prostatorei, mięsienie gruczołu wyprowadza na jaw ilość wydzieliny, nie większą zazwyczaj od tej, jaką możemy wycisnąć z normalnego gruczołu, co stanowczo wyłącza możliwość zastojów wytworów chorobowych w gruczole.

Jeżeli od tych roztrząsań teoretycznych, dowodzących zdaniem mojem już *a priori* całej bezpodstawności mięsienia gruczołu w zapaleniu przewlekłym, przejdziemy do faktów, jakie zwolennicy tej metody na korzyść jej przytaczają, przekonamy się wnet, że fakty te są bardzo słabą podporą ich wywodów. Większość autorów, jak EBERMANN, THURE BRANDT, v. SEHLEN i FELEKI, ogólnikowo tylko zaznaczają, iż pod wpływem mięsienia następuje polepszenie sprawy chorobowej, nie twierdząc bynajmniej, aby leczenie to usuwało sprawę zasadniczą, tkwiącą w gruczole krokowym. Owszem, FELEKI wyraźnie zaznacza, że w przypadkach długotrwałych, którym towarzyszą cięższe objawy chorobowe, jak prostatorea, nasienio-

<sup>18)</sup> Przegląd Chirurgiczny. 1893. T. I, zeszyt 2.

tok i t. d., mało możemy na mięsienie liczyć. Inaczej zapatrują się na sprawę wyleczalności przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego pod wpływem mięsienia SCHLIFKA, ROSENBERG i KEERSMAECKER. Przypadki jednak całkowitego wyleczenia, jakie autorowie ci na poparcie swych argumentów przytaczają, nie dają dostatecznych rękojmi logicznego rozumowania. Cóż bowiem sądzić o argumentach SCHLIFKI, który rozpoznanie przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego opiera w jednym przypadku na „wypływie z cewki przy oddawaniu moczu i kału, wypływie, który składał się z ciałek nasiennych, na znacznym powiększeniu gruczołu krokowego, którego ucisk wyprowadza na jaw dużą ilość nasienia”? Jaką wartość dowodową posiadają rozumowania ROSENBERG’a, który widzi bezpośrednio po mięsieniu „dające się stwierdzić zmniejszenie gruczołu”; lub jaką siłę logiki posiadają twierdzenia KEERSMAECKER’a, który opiera rozpoznanie na „une prostate gonflée, molle et très sensible avec écoulement abondant d’un liquide laiteux par le massage qui était très douloureux”?

Wobec tego rodzaju spostrzeżeń, mających stwierdzić zbawienne skutki mięsienia gruczołu krokowego w zapaleniu przewlekłym, mógłbym przejść do porządku dziennego i wcale tej sprawy nie poruszać, gdyby nie ta okoliczność, iż tu i owdzie znajduję w nowszych podręcznikach zachęcające wzmianki o tym sposobie leczenia. Z tego względu uważałem za konieczne obszerniej zastanowić się nad tym przedmiotem, tudzież odrębne stanowisko swoje w kwestyi mechanoterapii gruczołu krokowego poprzeć wrażeniami osobistymi, jakie ze stosowania tej metody odniosłem.

Mięsienie stosowałem w pięciu przypadkach, nie wliczając tu tych, w których po kilkakrotnych próbach musiałem rękoczynu tego zaprzestać z powodu silnych bólów, jakie sprawiał. W tych pięciu przypadkach rozpoznanie opierało się na dokładnem badaniu wydzieliny, otrzymywanej przez ucisk na gruczoł krokowy przy zachowaniu niezbędnych środków ostrożności, wyłożonych w pracy niniejszej. Ilość wyciśniętej w ten sposób wydzieliny nie przeniosła kilku kropel, w jednym zaledwie przypadku wynosiła ona około pół ctm. szśc. W dwóch przypadkach istniała *prostatorrhoea mictionis et defecationis*, w trzech — wydzieliny w ścisłem znaczeniu słowa nie było, ujawniała się ona tylko przy mięsieniu gruczołu (*prostatorrhoea expressionis*). Wyrażnego powiększenia gruczołu w żadnym z tych przypadków nie można było stwierdzić; również konsystencja gruczołu nie różniła się od prawidłowej. Przy badaniu można było zawsze dokładnie wymacać cały gruczoł i obejść górną jego granicę. We wszystkich tych przypadkach ucisk na gruczoł sprowadzał silny ból, który chorzy porównywali nieraz do uczucia rozsadzania spojenia łonowego. W jednym przypadku istniała spermaturya. Z objawów podmiotowych zanotować wypada: częstość mokrzeń, bóle w kroczu i pachwinie rozmaitego natężenia, również różne zboczenia czucia, jak świdrowanie, łechtanie w cewce i odbytnicy. U wszystkich siła męzka była w zupełności zachowana. W czterech przypadkach istniała neurastenia ogólna, silniej wyrażona tylko u jednego chorego.

Mięsienie wykonywałem zawsze w położeniu chorego nawznak, z lekko zgiętymi w stawie biodrowym i kolanowym oraz rozkroczonemi kończynami. Punkt oparcia dla gruczołu krokowego stanowiło prawie zawsze spojenie łonowe, do którego gruczoł przyciskałem. Kilka razy zaledwie posilkowałem się zgłębnikiem BENIQUE, który wprowadzałem do pęcherza; musiałem jednak w tych razach przerwać mięsienie już po upływie kilku sekund z powodu bólów nie do zniesienia. Posiedzenia trwały 2—4 minut i odbywały się codzień lub co drugi dzień. W czte-

rech przypadkach żadnego innego leczenia nie stosowano; w jednym tylko co drugi dzień wprowadzano zgłębnik BENIQUE.

Wyniki, tą drogą otrzymywane, dadzą się streścić w słowach następujących. Przy mięsieniu, trwającym 2—4 minut, bóle były bardzo silne; niekiedy przymocą niemal musiałem utrzymywać chorego do końca posiedzenia. Poskończonym zabiegu bóle trwały jeszcze około kwadransa, acz w słabszym stopniu, czemu towarzyszyło parcie na mocz, które ustępowało po upływie mniej więcej godziny. Daleko dłużej trwało rozdrażnienie ogólne, które występowało po każdym mięsieniu. Wydzielina, która w następstwie ucisku na gruczoł zjawiała się w otworze zewnętrznym cewki, pod względem ilości nie różniła się od wydzieliny, jaką otrzymywałem stale przy zwykłym badaniu przez odbytnicę. W czterech przypadkach nie widziałem również różnicy w konsystencji wydzieliny; w jednym tylko przypadku wydzielina była gęstsza, niż prawidłowa. Przy mięsieniu, po uprzednim wprowadzeniu zgłębnika metalowego, wydzielina była różowa i zawierała dość liczne ciała czerwone krwi, co, w połączeniu z silnym bólem, zniewoliło mnie do zaprzestania tego rodzaju rękoczynu.

(D. n.).

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

34. E. ROMBERG. **O udziale mięśnia sercowego oraz nerwowych mechanizmów naczyń w objawach tak zwanego osłabienia serca, występującego w chorobach zakaźnych.** Osłabienie działalności serca, występujące w większości chorób zakaźnych, uważane było za wynik bezpośredniego wpływu na serce bądź wysokiej ciepłoty, bądź też zakażenia. Z chwilą jednak, gdy krążenie krwi uznane zostało za zależne zarówno od serca, jak i od ośrodków naczynioruchowych, powstało pytanie: któremu mianowicie z tych dwóch czynników należy przypisać główny udział w tak zwanym osłabieniu serca? Ponieważ ani badanie kliniczne, ani też anatomia patologiczna nie wyjaśniły tej sprawy, autor zwrócił się ku drodze doświadczałnej, mianowicie ku badaniu ciśnienia krwi u osobników chorych na choroby zakaźne.

Ponieważ nie bezwzględna wysokość ciśnienia krwi, będąca różną u zdrowych nawet osobników, lecz tylko jej wahania krańcowe świadczyć mogą o niedostatecznej pracy serca lub też ośrodków nerwowych naczynioruchowych, oraz o udziale każdego z tych czynników przy osłabieniu serca wskutek choroby zakaźnej, autor przeprowadził poprzednio badania nad zmianą ciśnienia krwi pod wpływem różnych rękoczynów zewnętrznych, mianowicie: mięsienia brzucha, ucisku tętnicy brzusznej ponad przeponą brzuszną, podrażnienia skóry lub też błon śluzowych, wstrzymania dopływu powietrza do płuc na mniej więcej 30 sekund. Badania te wykazały, że: 1) mięsienie brzucha lub też ucisk tętnicy brzusznej wywołują wzmaganie się ciśnienia tylko przy sprawności serca, w przeciwnym razie ciśnienie obniża się lub pozostaje bez zmiany; 2) podrażnienie skóry lub błon śluzowych powoduje podniesienie się ciśnienia, dzięki odruchowemu pobudzeniu ośrodków naczynioruchowych w rdzeniu przedłużonym i następczemu skurczowi naczyń w obrębie nerwu brzuszno (*n. splanchnicus*); w razie utraconej zdolności do podniety oraz do działania mięśni i nerwów naczyniowych i niewystarczającej siły serca, potrzebnej do przemożenia zwiększonego oporu w naczyniach, ciśnienie pozostaje niezmiennem; 3) krótkotrwale uduszanie wywołuje wzmaganie się ciśnienia, zależne głównie od ośrodków nerwowych w rdzeniu przedłużonym, lecz po-

części także od ośrodków GOLTZ'a, mieszczących się w rdzeniu kręgowym, dowodem czego jest podniesienie się ciśnienia nawet w razie przecięcia rdzenia kręgowego w odcinku szyjowym.

Dzięki zdobytym tą drogą danym, autor, stosując wyżej oznaczone rękoćzyny przy badaniu chorych królików, był w możności określić w każdym odrębnym przypadku, czy wahanie ciśnienia krwi zależne było od rzeczywistego osłabienia serca, czy też od porażenia ośrodków naczynioruchowych. Doświadczenia czynione były przez autora oraz współpracowników jego BRUNNS'a i PAESSLER'a nad 96-ma królikami, podległymi chorobie zakaźnej. Pierwszy szereg doświadczeń dotyczył wpływu *bac. pyocyanei*, ze względu na łatwość otrzymania tegoż <sup>1)</sup>. Filtryaty hodowli wstrzykiwane były wprost do jamy otrzewnej lub też do żył, aby usunąć możliwy wpływ zapalenia otrzewnej na naczynia jamy brzusznej. Bezpośrednio po zastrzyknięciu podnosiła się ciepłota oraz wzmagало ciśnienie, po upływie jednak kilku godzin ciśnienie obniżało się, dochodząc do cyfr bardzo niskich. W okresie tym mięsienie brzucha powodowało znaczne wzmaganie się ciśnienia, podrażnienie skóry pozostawało bez wpływu na ciśnienie, krótkotrwałe uduszanie wywoływało bardzo nieznaczne podniesienie się ciśnienia; jest to dowodem, że t. zw. osłabienie serca pod wpływem *bac. pyocyanei* zależne jest wyłącznie od porażenia ośrodków naczynioruchowych. [W niewielkiej ilości doświadczeń występowało przed obniżeniem się ciśnienia zakłócenie rytmu serca; zależne ono było jedynie bezpośrednio od serca (stwierdzili to również CHARINI i GLEY), gdyż przecięcie obu nerwów błędnych oraz rdzenia kręgowego w odcinku szyjowym pozostało bez wpływu nań].

Następny szereg doświadczeń, dotyczący królików, którym zastrzykiwane były hodowle *pneumococci* FRAENKEL'a, doprowadził autora do wyników jednoznacznych. W początku zasląbnienia krzywa ciśnienia jest zupełnie prawidłowa, lecz już po kilkogodzinnej gorączce daje się zauważyć w przypadkach cięższych nadzwyczajną wyrazistość pojedynczych fal tętna przy niezmiennym ciśnieniu; objaw ten daje się objaśnić zmniejszonym napięciem naczyń; każde uderzenie serca wywołuje znaczniejsze wahanie ciśnienia oraz zwiększoną pracę serca, dzięki czemu ciśnienie pozostaje na wysokości prawidłowej; o zwiększonej pracy serca świadczy choćby palpacya klatki piersiowej. W okresie następnym choroby, gdy gorączka obniża się (objaw poprzedzający zwykle śmierć), pojedyncze fale tętna występują coraz wyraźniej, na kilka godzin zaś przed śmiercią ciśnienie znacznie się obniża; wahanie to zależne jest od jeszcze bardziej zmniejszonego napięcia ścian naczyń, oraz od znużenia mięśnia sercowego nadmierną pracą, gdyż wysokość fal tętna pozostała bez zmiany. W tym okresie mięsienie brzucha wywołuje znaczne podniesienie się ciśnienia (siła serca zatem zmniejszona nie jest), podrażnienie skóry pozostaje bez wpływu, krótkotrwałe uduszanie powoduje bardzo nieznaczne wzmaganie się ciśnienia. Wprawdzie później nawet mięsienie brzucha wywołuje zaledwie nieznaczne podniesienie się ciśnienia, co świadczy o osłabieniu serca; jest ono jednak li tylko wtórnem, wskutek niedostatecznego napełnienia serca, spowodowanego porażeniem ośrodków naczynioruchowych. Zatem zaburzenia w krążeniu, występujące pod wpływem *pneumococci* FRAENKEL'a, są również zależne jedynie od porażenia ośrodków nerwowych naczynioruchowych, sprawność zaś serca nie podlega wpływowi zakażenia.

Lecz który mianowicie oddział układu naczynioruchowego ulega porażeniu? Nieznaczne napięcie podczas niskiego ciśnienia tętnic szyjowych, poraże-

<sup>1)</sup> Według autora, bakteria ta wywiera chorobotwórcze działanie na organizm ludzki w wieku dziecięcym i to dość rzadko.

nie zaś tętnic w obrębie nerwu trzewowego, zdawało się wskazywać ośrodkowe pochodzenie porażenia. Stwierdził też to przypuszczenie autor, posiłkując się wskazaniem БОЕХМ'a, że podniesienie się ciśnienia krwi pod wpływem wstrzyknięcia do żyły roztworu chlorku barytu, zależne jest wyłącznie od mięśni lub nerwów naczyń obwodowych; podobne wstrzykiwania wywoływały w doświadczeniach autora zawsze znaczne podniesienie ciśnienia. Zwróciwszy jeszcze uwagę, że w okresie końcowym podrażnienie skóry nie wpływa na ciśnienie, krótkotrwałe zaś uduszanie podnosi je, autor doszedł do wniosku, że ulegają bezwładowi przeważnie ośrodki naczynioruchowe w rdzeniu przedłużonym, co też powoduje śmierć.

Wyniki doświadczeń tych na królikach, mogą być w zupełności zastosowane do człowieka, nie bacząc na wielce różny przebieg choroby pod wpływem jadu pneumokoków; u człowieka występuje mianowicie na przedni plan zapalenie płuc włóknikowe, dzięki któremu nastąpić może śmierć, wskutek znacznego zmniejszenia powierzchni oddechowej oraz nadmiernej pracy serca prawego; u królika zaś jedynym objawem miejscowym jest obrzęk śledziony, a pierwszorzędnym objawem jest posocznica wskutek przepełnienia krwi pneumokokami, co znacznie ułatwia porażenie ośrodków nerwowych. Jednakże w większości zejść śmiertelnych, spowodowanych zapaleniem włóknikowym płuc, odnajdywane były we krwi pneumokoki, i wielce prawdopodobnem jest przenikanie ich do naczyń w każdym przypadku zapalenia włóknikowego; a chociaż ilość ich we krwi człowieka bywa bardzo małą, jednak do spowodowania bezwładu jest wystarczająca choćby ich obecność, która zaledwie da się dowieść zapomocą hodowli ze krwi. Mniemanie, że pneumokoki oddziałują szkodliwie na mięsień serca, wskutek czego osobniki, dotknięte wadą serca, są bardziej zagrożone przy włóknikowym zapaleniu płuc, jest niesłuszne; bezwładowi podlegają jedynie ośrodki nerwowe naczynioruchowe, serce zaś pozostaje nietknięte, a nie jest jedynie w stanie zbyt długo podolać nadmiernej pracy, niezbędnej do utrzymania prawidłowego ciśnienia krwi przy zmniejszonym napięciu naczyń. Dlatego też przypadkach znacznego porażenia ustroju bądź wskutek małej odporności tegoż, bądź dzięki wzmożonej jadowitości bakterii, następuje śmierć przy zupełnej sprawności serca, co jedynie bezwładem ośrodków naczynioruchowych objaśnić można.

Autor wyraża wreszcie *pium desiderium* otrzymania środka, działającego pobudzająco na ośrodki nerwowe naczynioruchowe, lecz pozbawionego tych pobocznych wpływów szkodliwych, które są własnością środków, dotychczas nam znanych; mielibyśmy wskazanie stosowania go w każdym przypadku zapalenia płuc włóknikowego.

(Berl. klin. Wochenschr. 1895. N. 51, 52).

Maksymilian Bernstein.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 25 lutego r. b.

TREŚĆ: 1) JAKOWSKI—przedstawienie części płuca uległej zgorzeli. 2) Prof. KOSIŃSKI—przedstawienie chorej z nadmiernie rozrosłymi sutkami. 3) HIGIER — przedstawienie chłopca z przypuszczalnym *encephalitis circumscripta pontis Varoli*. 4) NEUGEBAUER—a) przedstawienie okazu anatomicznego t. zw. *missed abortion*; b) przedstawienie torbieli wyjętej z krezki kiszek czej. 5) CETNAROWICZ—Przypadek wrzodów łącznicy pochodzenia ośpowego.

1) Kol. JAKOWSKI przedstawił część płuca uległą zgorzeli, wydobytą przy torakotomii u 17-to letniej dziewczyny. Chora zapisana została na oddział z obja-

wami tyfusu, który szczęśliwie po 3 tygodniach się zakończył. Po 4 dniach bezgorączkowych zauważono podniesienie ciepłoty i ognisko zapalne w płucu lewym. Następnie przyłączył się wysięk surowiczko-krwawy w opłucnej lewej. Pomimo wypuszczenia płynu ( $\frac{1}{3}$  litra), ciepłota nie spadała, wysięk znów się zjawiał z domieszką znacznej liczby ciałek białych. Na początku 6-go tygodnia choroby, chora zaczęła wykrztuszać cuchnącą plwocinę z obfitą domieszką ropy. W opłucnej znaleziono wysięk ropny. 22. II. r. b. kol. CIECHOMSKI usunął 10 ctm. IX. żebra lewego, wypuścił około 300 ctm. szśc. płynu ropnego, wielce cuchnącego i wyjął oddzielony kawałek płuca, mający 10 ctm. długości, 5 szerokości i około 1,5 grubości. Po operacji chora bardzo szybko zaczęła się poprawiać. Badanie ściśle plwociny pozwala wyłączyć w danym przypadku sprawę gruźliczą.

2) Prof. KOSIŃSKI przedstawił 28-mioletnią kobietę ciężarną (6-ty miesiąc ciąży) z nadmiernie rozwiniętymi sutkami, dochodzącymi do potwornej wielkości. Chora ta zaznacza, że po raz 4-ty widzi u siebie podobny rozrost, który jest w związku z ciążą. W 22-im roku życia po raz pierwszy zaszła w ciążę i wtedy zauważyła stopniowy i niepomierne rozrost sutek i zjawienie się guza ponad prawą sutką. Po rozwiązaniu pierś stopniowo malała, aż powróciła do normalnej wielkości. W czasie 2-iej dokończonej i 3-ciej zakończonej poronieniem ciąży, powtarzało się to samo zjawisko. Prof. K. zrobił przekłucie próbne guza, lecz nic oprócz krwi nie wyciągnął. Zastanawiając się nad przyczyną rzadkiego tego cierpienia, mówca wypowiada przypuszczenie, że nowotwór (prawdopodobnie mięsak) stanowi istotę tego cierpienia.

Prof. BRODOWSKI, upatrując przyczynę niepomierne rozrostu w istnieniu rozlanego nowotworu, którym może być *lipoma parvicellulare*, *adenoma*, *angio-lymphoma* i t. p., sądzi, że najprędzej *fibroma molluscum* może ulegać chwilowemu rozrostowi; mięsak, zdaniem B., gdy rośnie zbyt szybko, ulega prędko wrzodzeniu na obwodzie, czego w danym razie nie było.

Kol. JASIŃSKI przypomina, że opisał podobny przypadek w № 1 Przeglądu Chirurgicznego p. t. *Macromastia*. Dotyczył on kobiety, u której w czasie ostatniej ciąży, sutki rozrosły się do tego stopnia, że można było na nich wygodnie postawić tacę z 6-cioma szklankami. W czasie karmienia sutki stopniowo malały. W literaturze odszukał mówca 7—8 analogicznych opisów i zaznacza, że badania anatomo-patologiczne ani razu nie były dokonane.

W odpowiedzi na słowa prof. BRODOWSKIEGO prof. KOSIŃSKI zanacza, że *fibroma molluscum* może się rozrastać w czasie ciąży, lecz do pierwotnej wielkości nigdy nie wraca. To samo spostrzegamy i przy *angio-lymphomata*, które mogą maleć wskutek wynaczynień na obwodzie, lecz nie wracają do wielkości poprzedniej. Na zasadzie klinicznego doświadczenia (porównanie z *epulis*, *sarcoma gigantomollulare*) prof. K. jest zdania, że podobne objawy istnieją przy mięsaku.

W końcu kol. ZIELIŃSKI Edward zaznaczył, że słyszał od kol. KRYŻEGO, prawdopodobnie o tej samej chorej, że nie tylko w czasie ciąży, lecz i w czasie każdej miesiączki piersi jej nabrzmiewają i że po każdym rozroście nie wracają już do pierwotnej objętości, lecz zawsze są większe.

3) Kol. HIGIER przedstawił 11-toletniego chłopca, u którego blisko przed rokiem po nieznacznym urazie wystąpiły następujące objawy: zawroty i bóie głowy, wymioty, zez, двоjenie, chwieanie i zataczanie się przy chodzeniu, upośledzenie mowy. Badanie wykazało: niedowład lewostronnych kończyn i twarzy przy względnie dobrze zachowanym czuciu dotykowym i bólowym; lewą ręką chory przedmiotów nie rozróżnia. Odruch kolanowy z lewej strony wzmożony, chód pijanego, bezwład nerwu odwodzącego prawego, zez zbieżny, двоjenie, zarówno

głowa, jak i galki oczne stale zwrócone w stronę kończyn niedowładnych, brak brodawki zastoinowej, pole i siła widzenia prawidłowe, górna gałązka nerwu twarzowego nietknięta, język nie zbacza. Chory po kilku tygodniach zaczął się poprawiać i pozostały zaledwie ślady porażenia nerwu odwodzącego. Poprawa jednak trwała niedługo, gdyż po kilku tygodniach wystąpiły zupełnie identyczne objawy, lecz po stronach przeciwnych, przyłączyły się jedynie zaburzenia czynności pęcherza. Chory pochodzi z rodziny zdrowej; gruźlicy, przebytego lub dziedzicznego przymiotu niema i nie było.

Mówca, streszczając powyższy zbiór objawów, drogą różniczkowego rozumowania przychodzi do tego wniosku, że ma do czynienia z t. zw. *encephalitis acuta v. subacuta non purulenta sed haemorrhagica*, z cierpieniem opisanem już przez STRUEMPELL'a, a głównie OPPENHEIM'a. Kol. H. rozumuje w ten sposób: skutek nieznanych nam przyczyn nastąpił w moście WAROL'a na tej wysokości, gdzie się znajduje nerw twarzowy, jądro i włókna nerwu odwodzącego, a więc w t. zw. czepcu, wylew i rozmiękczenie ograniczone, które zakończyło się zabiżnieniem. Bliżna po jednej stronie szwu, jak to bywa, wywołała analogiczną sprawę po drugiej stronie, czem warunkuje się obecny zbiór objawów chorobowych w powyższym przypadku.

W dyskusyi kol. RYCHLIŃSKI zaznaczył, że nie zgadza się z rozumowaniem kol. HIGIER'a. Zdaniem mówcy, rozmiękczenie w omawianej okolicy mostu, nim wytworzyć się mogła bliżna, wywołałoby wtórne zwyrodnienie dróg czuciowych, które się tam znajdują, i przez to czynność zwyrodnionych dróg nigdyby powrócić nie mogła. Rozmiękczenia powyżej wspomnianego pochodzenia z następczem zabiżnieniem opisywane są przy t. zw. chorobie EDINGER'a, lecz w moście sam R. podobnych spraw nie spostrzegał i nie spotykał podobnych opisów. Co się zaś tyczy przyczyny, która wywołała podany zbiór objawów, sądzi kol. R., że przypisać go można nowotworowi, który, uciskając mózdzek i most, zmienił w dalszym swym rozwoju kierunek wzrostu i dał analogiczny obraz kliniczny tylko po stronie przeciwnej.

Kol. KORNIEŁOWICZ i JASIŃSKI R. sądzą, że w podanym przypadku nie można wyłączyć histeryi. Przeciw nowotworowi mózdzku, zdaniem kol. JASIŃSKIEGO, przemawia brak brodawki zastoinowej i wzmożenie, a nie zniesienie, odruchów kolanowych.

Kol. BREGMAN, powołując się pomiędzy innymi objawami na chód chorego, jest zdania, że mamy do czynienia z nowotworem mózdzku.

Kol. HIGIER nie zgadza się z poprzednimi mówcami i obstaje przy swem rozpoznaniu.

Prof. BRODOWSKI wreszcie sądzi, że przyjmując *encephalitis*, trzeba wyszukać przyczyny zakażenia, czy będzie ono ropne, czy gruźliczej, przymiotowej lub innej natury; jeżeli zaś kol. H. miał na myśli *encephalomalaciam circumscriptam*, to powinien zwrócić uwagę na cierpienie naczyń, wywołujące daną sprawę. Po rozmiękczeniach, zdaniem Br., odnowienie tkanki nerwowej nie następuje nigdy.

4) Kol. NEUGEBAUER przedstawia a) okaz anatomiczny, który otrzymał w następujący sposób: 24 II. r.b. zgłosiła się do szpitala 20-to letnia chora, po raz 3-ci w ciąży będąca, i skarżyła się, że od 3-ch tygodni miewa wypływy z pochwy. Przy badaniu znaleziono macicę wiotką, szyję przepuszczającą palec do jamy macicznej, w której leży łożysko, płodu zaś już nie było. Dla braku miejsca na oddziale, po zatamponowaniu macicy odprawiono chorą do domu, zaleciwszy jej spokój zupełny. Tego samego dnia macica wydała tampon wraz z łożyskiem. Po obejrzeniu ostatniego przekonał się N., że odpowiada ono 16—17 tygodniowi

iąży i zawiera liczne wynacznienia pochodzenia udarowego, które wywołały śmierć płodu. Mieliśmy przeto, twierdzi N., przypadek zatrzymania obumarłego jaja przez czas dłuższy w jamie macicy. Przypadki więc t. zw. „*missed abortion*“ zdaniem kol. N. nie są tak rzadkie, i przedstawiony okaz nietylko z tego względu jest ciekawy, lecz i z tego, że kol. N. znalazł drugi zbutwiałły płód, odpowiadający 5-ciotygodniowej ciąży. Zdaniem kol. N., częściej znajdowanoby ciążę bliźniętami, wstrzymaną we wczesnym okresie, gdyby uważniej badano łożyska.

6) NEUGEBAUER przedstawia torbiel z krezki kiszki czczej, kilka dni temu u 54 letniej chorej wyluszczonej. N. zaznacza, że na 75 cięć brzusznych, 3 razy napotkał guzy torbielowate krezki. Torbiel obecnie przedstawiona, zdaniem prof. PRZEWOSKIEGO, który ją badał, pochodzi z naczyń chłonnych krezki. Chora zauważyła guz ten dopiero przed pięciu miesiącami, a skarżyła się głównie na uczucie ucisku i ciężaru w prawej połowie brzucha.

5) Kol. CETNAROWICZ odczytał swą pracę p. t. „Przypadek wrzodów łącznicy pochodzenia ospowego z powikłaniami ze strony rogówki“.

Autor przedewszystkiem szeroko omówił pytanie, na czym polega tworzenie się wrzodów łącznicy pochodzenia ospowego, ku czemu powołał się na pracę SCHIRMER'a, który w 1891 r. pierwszy ogłosił siedm przypadków podobnego cierpienia. Następnie, przechodząc do powikłań ospowych na rogówce, omawia kol. C. obraz anatomo - patologiczny tych powikłań i stara się możliwie dokładnie przedstawić hipotezę SCHIRMER'a, usiłującego wyjaśnić przyczynę tworzenia się na rogówce figur w kształcie litery V i kół. Przypadek, który spostrzegał kol. C., jest ciekawy z tego względu, że powikłania na rogówce zjawiać się zaczęły dopiero wtedy, gdy owrzodzenia na powiekach i łącznicy znacznie się już podgoiły.

Zastanawiając się nad omawianem cierpieniem, kol. C. sądzi, że ospowe zakażenie oczu nie jest tak rzadkie, jak sądzą powszechnie. Niezawsze jednak występuje ono pod postacią wrzodów, częściej natomiast pod postacią nalotów krupowych.

W dyskusyi zabrał głos kol. GERNER (syn), zaznaczając trudności, jakie spotykamy w początkach ospowego zajęcia powiek i łącznicy. Mówca przytacza opis przypadku analogicznego, który spostrzegał u nianki dwojga dzieci, którym zaszczepiono ospę.

---

### Listy otwarte do Redakcyi Medycyny.

---

Szanowny Redaktorze! W № 7 „Medycyny“, kol. PODZIEMSKI z Zduńskiej Woli, pomieścił artykuł p. t. „Przypadek zapalenia około- i przymacicznego, wyleczony zapomocą sposobu FOCHIER'a“. Już sam nagłówek wzbudził moją ciekawość, tem więcej, iż w dwóch przypadkach moich, przy zastosowaniu olejku terpentynowego w posocznicy połogowej, miałem wynik ujemny; dlatego też pilnie badam wyniki innych spostrzegaczów, chcąc wyrobić sobie własny sąd o tej metodzie. Przeczytałem więc artykuł z nadzwyczajną uwagą i doznałem rozczarowania, gdyż w przypadku opisanym nie mogłem znaleźć objawów gorączki połogowej lub jej następstw. Autor bowiem, badając chorą przez pochwę, znajduje sklepienia nie wypełnione; badając zaś przez powłoki brzuszne, znajduje twarde, guzowate obrzmienie, wypełniające prawy dół biodrowy i przestrzeń okołomaciczną aż do wysokości poprzecznej linii pępkowej. Obrzmienie to tak dalece było bolesne, że najmniejsze dotknięcie wywoływało czkawkę i nudności.

W innych okolicach brzuch wzdęty, mało bolesny. Chora uskarżała się na kłucie w prawym dole biodrowym i zupełną bezsenność. Na pół godziny przed przybyciem autora, miała obfite wymioty żółciowe.

Na zasadzie powyższych danych, przy ciepłocie 40,5° C., tętnie 112, powtarzających się od dwóch dni dreszczach, połączonych z wysoką gorączką i następnymi potami, języku mocno obłożonym, suchym, oczach zapalonych, skórze suchej, palącej, autor rozpoznaje *peri-et parametritis puerperalis dextra*, z rokowaniem bardzo wątpliwem. Autor zastrzykuje pod skórę zewnętrzną strony uda prawego 1 ctm. szc. olejku terpentynowego. W nocy chora dostaje rozwolnienia, a po pięciu wypróżnieniach wodnistych, *peri et parametrium* (?) mniej bolesne, język wilgotny, ciepłota ciała opada; nazajutrz rozwolnienie powtórzyło się, obrzmienie wyraźnie się zmniejszało, a w ośm dni później, nazajutrz po otworzeniu ropnia, powstałego po zastrzyknięciu olejku terpentynowego, znajduje autor: *perimetrium* zupełnie wolne, w prawem *parametrium* pozostało jeszcze nieznaczące, niebolesne przy ucisku nacieczenie.

Pomimowoli przychodzi na usta zapytanie, jakim byłoby rozpoznanie choroby, przy powyżej opisanych objawach, gdyby chora nie była położnicą? Czyż położnica nie może uleść jakiegokolwiek innej chorobie samoistnej, lecz koniecznie należy każdą chorobę u położnicy uważać za wynik stanu połogowego i z nim ją wiązać? Otóż przypadek, powyżej opisany przez kol. PODZIEMSKIEGO, wywiera wrażenie na czytelniku, że miał on do czynienia z zapaleniem kątnicy (*typhlitis*), spowodowanem zawałem w niej kałowym, gdyż dowodów żadnych na istnienie *parametritis* nie znajdujemy, chyba tylko, że chora była położnicą. Brak wypełnienia sklepień, a więc nacieczenia ich, najglówniejszego objawu zapalenia tkanki łącznej przymacicznej; umiejscowienie spostrzeganego obrzmienia guzowatego, wypełniającego prawy dół biodrowy i sięgającego aż do pępka, są dowodem, iż w danym przypadku choroba nie miała z macicą nic wspólnego. Dalej szan. autor mówi, iż owe guzowate obrzmienie wypełniało także przestrzeń około maciczną. Wyrażenia tego zrozumieć nie możemy: jeżeli autor sądzi, że ponieważ istnieje zapalenie okołomaciczne, to musi się znajdować jakaś przestrzeń okołomaciczna, to dowodzi tylko, że pod nazwą zapalenia okołomacicznego rozumie co innego, aniżeli zapalenie otrzewny, pokrywającej ciało macicy, a tem tylko jest tak zw. *perimetritis*.

Z tych wszystkich względów nie mogę zgodzić się z autorem na rozpoznanie przezeń zrobione, lecz twierdzę stanowczo, żeśmy mieli do czynienia w przypadku opisanym ze sprawą zapalną w kątnicy i w otrzewnie ją pokrywającej.

Dobroczynna natura przysłała w pomoc, usuwając zapomocą dwukrotnego rozwolnienia zawały kałowe, wypełniające kątnicę i powodujące ów guz opisany przez kolegę.

Najlepszym dowodem, że tak było, jest owo zniknięcie guza w ciągu dni ośmiu; guz bowiem taki, powstały na tle zapalenia przy- i okołomacicznego, t. j. wysięk przy- i okołomaciczny, nie uległby w tak krótkim czasie wessaniu, lecz na to całych miesięcy potrzebuje. Owo zaś nacieczenie nieznaczące, niebolesne, pozostałe w prawem *parametrium*, jest dla nas najzupełniej niezrozumiałem, gdyż przy badaniu, sklepienia znalezione były niewypełnionemi, a nacieczenia *parametrii* bywały tylko nad sklepieniem pochwy i przez nie są wymacalne.

Że przy gorączce połogowej podskórne zastrzyknięcia olejku terpentynowego w pewnych razach są skuteczne, nie ulega wątpliwości, jak tego dowiodły przypadki opisane przez samego FOCHIER'a, THIERRY'go, FERRAUD'a, KARCZEWSKIEGO, PAWŁOWICZA, ZALESKIEGO, ŚWIĘCICKIEGO, FRANK'a, PELZER'a, MERTENS'a (trzej

ostatni zastrzykują kreozot) i innych; lecz z drugiej strony, niewątpliwem powinno być, że w danym przypadku ma się do czynienia ze sprawą połogową, gdyż ogłaszanie przypadków rzekomo wyleczonych, wprowadza w błąd czytających kolegów i przyczynia się do zdyskredytowania środka.

Racz, szanowny Redaktorze, zamieścić tych kilka uwag w piśmie swoim, a przyjemność prawdziwą sprawiłby mi kol. PODZIEMSKI, gdyby, uzasadniwszy swe rozpoznanie, wykazał, że się myłę.

*D-r Jakób Rosenthal.*

Szanowny Redaktorze! W odpowiedzi na zarzuty kol. ROSENTHALA przede wszystkim zaznaczyć muszę, że nie mam najmniejszego powodu robić mu „przyjemności“, tembardziej, że to żądanie, wobec poprzednio wypowiedzianego zdania o „wprowadzaniu w błąd czytających kolegów“ i „dyskredytowaniu środka“, brzmi nazbyt ironicznie.

To też tych słów kilka piszę jedynie w celu usprawiedliwienia mego rozpoznania choroby.

Zarzuty kol. R. dotyczą więcej ścisłości określeń, niż istoty rzeczy.

Pisząc, że sklepienia wypełnione nie były, rozumiałem przez to, że nacieczenie, mogące być przez nie wymacalne, nie tworzyło wypukłości ku dołowi zwróconej; chociaż przy dwuręcznem, zresztą bardzo ostrożnem, ze względu na znaczną bolesność okolic macicy, badaniu, obrzmienie opisane przez przednie sklepienie wyczuwałem; zdawało mi się jednak, że wzmianka o tem wobec umiejscowienia guza była zbyteczną.

Dalej kol. R. ze zdziwieniem powiada: „autor sądzi, że musi się znajdować jakaś przestrzeń okołomaciczna“. Dla mnie istnienie przestrzeni wzmiankowanej, najmniejszej nie ulega wątpliwości: znajduje się ona z jednej strony pomiędzy pęcherzem a macicą, z drugiej pomiędzy tą ostatnią a odbytnicą. Nie przeczę, że określenie: „guzowate, twarde obrzmienie, wypełniające prawy dół biodrowy i przestrzeń okołomaciczną aż do wysokości poprzecznej linii pępkowej“ jest niedokładne i zbyt ogólnikowe; należało raczej powiedzieć, że guz, z prawej strony macicy umiejscowiony i sięgający do wysokości linii poprzecznej pępkowej, przedstawia się w postaci deskowatego stwardnienia, wypełniającego prawy dół biodrowy i ciągnącego się na lewo po za linię środkową brzucha, zajmując przednią i górną okolicę macicy, która dopiero po znacznem zmniejszeniu się obrzmienia d. 17. XI. wymacaną być mogła. Tak się sprawa w rzeczywistości przedstawiała; nie chcąc jednak zbytecznie rozwlekać opisu, wyraziłem się krótko, lecz, przyznając, nieściśle.

Bez uwag kol. R. wiem dobrze, że do rozpoznania *perimetritis*, a właściwiej mówiąc *pelvioperitonitis*, upoważniło mię nie opisane nacieczenie, które na całej zajmowanej przestrzeni przedstawiało jednolitą całość (było guzem przymacicznym), lecz nadzwyczajna bolesność dolnej części brzucha przy ogólnem jego wzdęciu i bardzo znacznem osłabieniu chorej, czkawka, nudności, wymioty żółciowe i t. d.

Obrzmienie, pozostałe d. 17 listopada, dla kol. ROSENTHALA „najzupełniej niezrozumiałe“, znajdowało się z prawej strony macicy, niedochodząc na prawo do połowy więzu POUPART'a.

Co się tyczy samej istoty choroby, t. j. rozstrzygnięcia pytania: czy należała ona do rzędu zakażeń połogowych, czy też do innej kategorii; nie mam wątpliwości, że miałem do czynienia z gorączką połogową, choćby dla tego, że w kilka dni po odbytem u Majty S. porodzie, byliśmy w tym samym komplecie, to jest ja, kol. G. i akuszerka P., przy dwóch innych położnicach, gdzie nas, pomimo zachowania z naszej strony wszelkich ostrożności, spotkały niemiłe poporodowe niespo-

dzianki pod postacią gorączki, sinrodlowych wydzielin i zapalenia żył na lewej kończynie dolnej w jednym przypadku, a bolesności macicy przy cuchnących odchodach i wysokiej gorączce oraz szarych nalotów na naderwanem kroczu w drugim; co, jak mię informował kol. G., trwało kilka tygodni.

Akuszerka, będąca przy dwóch wzmiankowanych porodach, stale obsługiwała Majtę S. w ciągu całej jej choroby; stąd też słusznie, zdaje mi się, przypuszczam, że ona była roznosicielką zarazy. Innych przypadków gorączki połogowej nie spostrzegaliśmy w tym czasie—ani ja, ani kol. G.

Wracając do przebiegu choroby w opisanym przypadku, zauważyć możemy, że wysoka gorączka rozpoczęła się nazajutrz po porodzie i trwała bez przerwy, nie biorąc pod uwagę nieznacznych w ciągu doby wahań, dni 16; dobroczynna, jak mówi kol. R., natura, sprowadzając rozwolnienie, nie wywarła dodatniego na chorobę wpływu; ostatni raz bowiem rozwolnienie powtórzyło się d. 11 listopada, a pomimo to, ani gorączka nie ustąpiła (przeciwnie, d. 13 listopada podniosła się nawet do 40° C.), ani stan ogólny nie uległ zmianie aż do d. 16 listopada, to jest do czasu otworenia ropnia terpentynowego.

Od tej chwili karta się odwraca: chora odzyskuje sen, łaknienie, ciepłota obniża się do normy.

Byłbym niesprawiedliwym, gdybym zmianę w stanie chorej przypisywał przypadkowi, a nie dokonanemu rękoczynowi, skoro w danym razie sam przebieg choroby o jego dobroczynnym świadczy wpływie.

Zresztą, mieszkając w Piotrkowskiem, miałem możność przekonania się, że i przy dobrowolnie powstających ropniach w obrzękach przymacicznych połogowych, po wypuszczeniu zebranej ropy, sprawa cała wstępuje na drogę szybkiego polepszenia. Jeden podobny przypadek spostrzegalem we wsi Psary wr. 1893, a dwa w tej samej wsi w r. 1894. We wszystkich trzech przypadkach obrzęki połogowe zajmowały całą prawą stronę dolnej części brzucha, aż do pępka, maskując macicę i sprawiając tak znaczny ucisk na nerwy i naczynia odpowiedniej kończyny, że wywoływały jej obrzmienie i bolesność, nie pozwalającą na najmniejsze poruszenie.

We wszystkich przypadkach ropnie otwierałem dwoma cięciami: jednym na linii środkowej poniżej pępka, i drugim z boku nad *lig. Pouparti* i zaprowadzałem dreny. Operowane w krótkim stosunkowo czasie przysły do zdrowia.

Pomimowoli nasuwa mi się porównanie tych trzech przypadków z opisanym w N. 7 „Medycyny“ i doprowadza do wniosku, że są bardzo do siebie podobne.

W leczonym przezemnie sposobem FOCHIER'a przypadku, o przepełnieniu kątnicy kałem mowy być nie może, gdyż chora miewała codziennie jeden lub dwa stolce, sprowadzane bądź przez naturę samą, bądź też zapomocą olejku rącznikowego lub enem wypróżniających,

Rozwolnienie, powstające w parę godzin po zastrzyknięciu olejku terpentynowego i trwające 48 godzin, nie mogło od czego innego zależeć, jak tylko od wprowadzenia do ustroju owego olejku, gdyż wiadomą jest rzeczą, że przyjęty wewnętrznie, niejednokrotnie sprawia podrażnienie przewodu pokarmowego.

Nie zaprzeczam, że w zapaleniu przyjmowała udział tkanka łączna nietylko przymaciczna, boć i nazwa *parametritis* o wiele szersze z praktycznej strony ma znaczenie.

Dla odparcia wyraźnej w liście kol. ROSENTHALA tendencji do krytykowania każdego niemal mego słowa, musiałbym pisać bardzo wiele; obawiam się jednak, że i miejsca zabraknie, i cierpliwość czytelników się wyczerpie, i mnieby to zgoła żadnego nie przyniosło pożytku; dlatego kończę na tem tę odpowiedź, uprzejmie prosząc o wydrukowanie jej w „Medycynie“.

Zygmunt Podziemski.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== W miejsce powszechnie stosowanego w padaczce bromku potasu Wood (Filadelfia) poleca: *Antipyrin.* 8,0, *Ammon. bromati* 30,0, *Stront. bromat.* 8,0, *Liq. Fowleri* 5,0, *Extr. solan. carolin.* 90,0, *Aquae destill. q. s. ut f.* 400,0. Łyżeczkę od kawy w szklance wody—dwa razy dziennie. O ile chory dobrze znosi środek powyższy, należy dawkę zwiększać. Mieszaninę tę znoszą wogóle daleko lepiej, niż bromek potasu, i nie wywołuje ona objawów bromizmu. W czasie napadu padaczkowego W. zaleca wdychania z eteru; jeżeli zaś istnieje *aura*, w takim razie daje do oddychania *amyl. nitros.*, poczem często napady nie występują. Jednocześnie zaleca dyetę mieszaną, jednakże z przewagą pokarmów roślinnych. (*La Presse médic. de Paris* 14 XII. 95).

== Pod nazwą odontodolu używają we Włoszech środka znakomicie podobno usuwającego ból zębów. Skład jego jest następujący: *Cocain. hydrochlor.* 1,0, *Aq. Laurocerasi* 1,0, *Tinct. Arnic.* 10,0, *Liq. Ammon. acetic.* 20,0. Jeżeli ból zależy od *caries* zęba, wkłada się w otwór tamponik z waty zmoczonej w płynie powyższym. Jeżeli ból zależy od

zapalenia miazgi zębowej, należy płukać jamę ustną 30,0 odontodolu, rozpuszczonego w 50,0 *Decoct. tepid.* Lini. Jeżeli wreszcie ból dotyka całą szczękę, w takim razie, obok powyższego płukania jamy ustnej, należy nadto pocierać miejsca bolesne kilkoma kroplami odontodolu. (*La Presse médic.* 25 XII 1895).

== RINDFLEISCH poleca następującą metodę, ułatwiającą odnajdywanie laseczników gruźliczych w płwocinie. Ponieważ laseczniaki znajdują się przeważnie w ropie jam, do której przylacza się wydzielina oskrzeli, składająca się z grudek śluzowych, w które jednakże laseczniaki nie przenikają, przeto z największym prawdopodobieństwem można znaleźć prątki między grudkami śluzowymi. Wychodząc z takiego założenia, prof. R. zwyczajnym pendzelkiem, zlekka zmaczanym w wodzie, starannie rozbija płwocinę. Następnie pozostałą na pendzelku płwocinę rozciera na szkiełku pokrywkowym. W tak otrzymanej cienkiej warstwie płwociny zwykle znajduje się daleko więcej laseczników. Rzecz prosta, że przy każdym badaniu należy używać nowego pendzelka. (*Deut. medic. Wochen.* N. 48. 95). W. M.

## Wiadomości bieżące.

— Grono współwłaścicieli „Medycyny” powiększyli następujący koledzy: LEŚNIEWSKI Antoni, MARCZEWSKI Jan, RODYŚ Władysław, RYCHLIŃSKI Karol oraz WIDAŃSKI Julian.

— Pod koniec roku ubiegłego została zatwierdzona przez ministra spraw wewnętrznych nowa ustawa normalna dla przytułków (prijułow) dla matek i dla karmienia i wychowywania niemowląt, zastępująca dotychczasowe przepisy, t. zw. kantory stręczenia matek obowiązujące. Według tej ustawy, taki przytułek dla matek i dla niemowląt zarazem, lub dla samych tylko matek, albo też wyłącznie dla niemowląt, może otwierać tylko lekarz, akuszerka lub felczerka (kobieta-felczer). Zawiaduje przytułkiem pod względem zdrowotnym i lekarskim w każdym razie tylko lekarz. Założyciel lub założycielka przytułku może przyjmować dzieci obce na wykarmienie mlekiem matek, w przytułku się znajdując.

Niemowlę takie może być karmione przez jedną tylko mamkę, albo też przez różne mamki, stosownie do umowy z osobą, dziecko do przytułku oddającą, i o ile stan jego zdrowia, według opinii lekarza przytułkowego, na takie zmienne karmienie coraz to inną piersią pozwala. Dzieci dotkniętych przymiotem nie można przyjmować. W razie ujawnienia się przymiotu u dziecka już przyjętego, należy je natychmiast zwrócić osobie, która je do przytułku oddała. W razie pojawienia się w przytułku choroby zakaźnej, należy zaprzestać przyjmowania i wydawania matek na miasto na czas pewien, przez lekarza przytułkowego oznaczony, w każdym razie nie krótszy, niż dni 3, a dezynfekcja lokalu dokonywa się kosztem właściciela lub właścicielki przytułku. Niemowlętom przyjętym do przytułku winna być obowiązkowo zaszczepiona ospa ochronna nie później, jak w trzy tygodnie od daty przyjęcia, jeżeli nie dokonano zaszczepienia.

pienia jej już wcześniej. „Osoby, biorące mamkę z przytulku, wnoszą za to ustanowioną i przez miejscowy urząd lekarski zatwierdzoną opłatę, na co dostają odpowiednie pokwitowanie. W razie, gdyby wzięta z przytulku mamka okazała się z jakiegokolwiek bądź powodu nieodpowiednią, to osobie, której taką mamkę dano, przysługuje prawo trzykrotnej jej zmiany na inną w ciągu jednego miesiąca“ (§ 22 nowej ustawy).

— Oddział dla chorych błonicą dotkniętych, w Warszawskim szpitalu dla dzieci otwarty został w pierwszych dniach lutego 1895 r. Do 1-go stycznia 1896 r. ogółem chorych w oddziale tym było 233, w tej liczbie 110 chorych na krupę i 123 na anginę. Zmarło ogółem 30, co stanowi odsetkę śmiertelności 12,5%, w tej liczbie dotkniętych krupem 20, anginą 10; śmiertelność więc dla pierwszych wynosi 18%, dla ostatnich 8%. Badania bakteriologiczne błon lub śluzu dokonywane były przeważnie w pracowni kol. PALMIRSKIEGO, przez niego samego oraz kol. ORŁOWSKIEGO. Z 233 przypadków w 17 nie badano, w 47 łaseczników błoniczych nie znaleziono, w ich liczbie 27 *laryngitis diph.* i 20 *angina diph.* W przypadkach krupę brano najczęściej do badania śluz, co w części tłomaczy ujemne wyniki badań bakteriologicznych. Wiek chorych wahał się w szerokich granicach: od 9-iu miesięcy do 15 lat. Chorych wieku niżej dwóch lat było 30, wyżej 10-iu lat—19-tu, największa ilość chorych przypada na wiek od 3 do 6 lat. Dziewczynek było ogółem 103, chłopców 130. Pobyt chorych w szpitalu trwał od 5-iu dni do 3-ch tygodni. Świeżych przypadków było bardzo mało; przeważnie chorzy przybywali w trzecim, czwartym lub piątym dniu choroby. Surowicę stosowano na początku roku niemiecką BEHRING'a i francuską ROUX, później zaś li tylko warszawską kolegi PALMIRSKIEGO. Dawki wynosiły wogóle od 1000—5000 jednostek. Większe dawki stosowano tylko w ciężkich przypadkach krupę i septycznych postaciach błonicy gardzieli. Tracheotomii na oddziale zrobiono 23, z tej kategorii chorych zmarło 10, co wynosi 43,5%. Tracheotomię stosowano nierzadko. W przypadkach wyzdrowienia rurkę wyjmowano już na piąty dzień. Wysypki spotykały się nie często, siódmego do czternastego dnia po wstrzyknięciu; wy-

sypka przedstawiała się najczęściej jako *erythema scarlatiniforme*, rzadziej była podobna do odry lub pokrzywki, z gorączką niekiedy, częściej jednak bez niej; w trzech przypadkach towarzyszyły jej dość znaczne bóle w stawach. Żadnych objawów na miejscu wstrzyknięcia nie spotykano. Białkomocz spostrzegano bardzo rzadko. W. S.

— Komitet wychowawczy tegorocznej wystawy higienicznej w Warszawie rozesłał w r. z. kwestyonaryusz do prywatnych zakładów naukowych średnich, odpowiadających gimnazyom, z szeregiem zapytań, odnoszących się do wzrostu, wagi, obwodu klatki piersiowej, krótkowzroczności, zboczeń kolumny kręgosłupa i t. p. u uczniów i uczennic. Odpowiedź nadeszła z 24 zakładów naukowych. Z otrzymanych odpowiedzi i pomiarów ułożone zostaną tablice graficzne i cyfrowe, które będą przedstawione na przyszłej wystawie. Zbadano we wskazany sposób blisko 4000 wychowanców płci obojga, a mianowicie 2,310 chłopców i 1,616 dziewczyn. Okazuje się z badań niniejszych, między innemi, iż odsetka uczniów z osłabioną bystrością wzroku, głównie krótkowzrocznych, wynosi 22,36%, uczennic zaś 27,82%. Godnem jest uwagi, że odsetki te stopniowo i dość wyraźnie wrażliwieją z wiekiem dzieci, czyli z wysokością klasy, a więc z ilością lat nauki szkolnej. U siedmioletnich np. chłopców odsetka krótkowzrocznych wynosi 14,47%, u dziesięcioletnich 22,76%, a u siedemnastoletnich 27,57%. Odsetka wychowanców, cierpiących na rozmaite skrzywienia kolumny kręgosłupa, wynosi u chłopców 3,94%, a u dziewczyn 6,12%. Ciekawe bardzo byłyby cyfry ze szkół rządowych. W. K.

— W szpitalu Wolskim, staraniem naczelnego lekarza D-ra F. SOMMER'a, urządzono ambulatoryum chorób kobiecych. Rada Miejska Dobr. Publ. lekarzem ambulatoryum tegoż zamianowała kol. J. JAWORSKIEGO, b. ordynatora klin. terap. w szp. Ś go Ducha.

— Surowica d-ra CALMETTE'a, mająca leczyć skutecznie pokuszenia przez jadowite węże, okazała się w samej rzeczy bardzo skuteczną, jak o tem zapewnia d-r HAWKIN, który wypróbował tę surowicę zarówno u ludzi, jak i u zwierząt ukąszonych przez węże.