

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 26.

Warszawa d. 30 Czerwca 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Leucoplasia vulvovaginalis czy Kraurosis vulvae? Podał L. Lorentowicz. — Przyczynek do nauki o chorobach umysłowych pochodzenia toksycznego i zakaźnego ze szczególnem uwzględnieniem t. zw. Delirii Acuti. Podał Teodor Łapiński. (Ciąg dalszy). — Wykłady kliniczne. Wymioty jako objaw przewlekły i okresowy. (Dokończenie). — Streszczenia i wyciągi. 79. Sposób zmniejszenia objętości obrzmiałej śledziony drogą mięsienia (masażu) i opukiwania. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 5 kwietnia r. b. Drobne wiadomości. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) L. Lorentowicz — Leucoplasie vulvovaginale ou kraurose de la vulve? 2) T. Łapiński — Contribution à la question des maladies psychiques d'origine toxique et infectieuse avec considération particulière du s. d. Delirium acutum.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) L. Lorentowicz — Leucoplasia vulvovaginalis oder Kraurosis vulvae? 2) T. Łapiński — Ein Beitrag zur Lehre von Gemüthskrankheiten toxischen und infectiösen Ursprungs mit besonderer Berücksichtigung des s. g. Delirium acutum.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Leucoplasia vulvovaginalis

czy

Kraurosis vulvae?

Podał

Leonard Lorentowicz.

Na zjeździe ginekologicznym w Genewie w r. 1886 dwaj członkowie zjazdu PICHEVIN i PETTIT z kliniki LE DENTU z Paryża wygłosili odczyt o nowem cierpieniu narządów rodnych, poparty demonstracją odnośnych preparatów drobnowidzowych — o tak zwanej *leukoplasia*

vulvovaginalis. Odczytem swoim starali się uzasadnić tezę, wygłoszoną przez RECLUS'a, że *leucoplasia vulvovaginalis* pod względem anatomo-patologicznym i klinicznym jest identyczna ze sprawą chorobową, oddawna spostrzeganą na języku, a znaną pod różnemi nazwami—*ichthyosis linguae*, *tyllosis linguae*, *plaques des fumeurs*, *psoriasis linguae*, i dla tego powodu powinna zajmować samodzielne stanowisko w szeregach nozologicznych.

Komunikat autorów francuskich przyjęty był nader chłodno przez członków zjazdu, prze-

konał nie wielu. Nawet pośród swoich rodaków referenci nie znaleźli poważniejszych zwolenników. Wybitni ginekolodzy, jak Pozzi i Michaux, odmawiają racji stwarzania nowej postaci chorobowej, upatrując w opisanem cierpieniu jeno pewną odmianą starczego zapalenia sromu.

Mimo to w literaturze francuskiej, a następnie włoskiej zjawiał się szereg prac, występujących w obronie leukoplazji, jako samoistnej choroby, z coraz dokładniejszym opisem cierpienia i wyczerpującą dyagnostyką różniczkową pomiędzy *leucoplasia*, *vulvitis senilis* i *kraurosis vulvae*.

W literaturze ginekologicznej niemieckiej z nazwą *leucoplasia vulvovaginalis* nie spotkałem się nigdzie, natomiast obraz chorobowy *Kraurosis vulvae*, który autorowie francuscy za Breisky'm przyjęli za punkt wyjścia swoich porównań, uległ w poszukiwaniach późniejszych uczonych niemieckich wybitnym zmianom i nie posiada już takiego jednolitego i stałego charakteru, jakby się tego można było spodziewać, badając podstawy, na których autorowie francuscy oparli swoje wywody różniczkowe.

Pobudkę do ogłoszenia niniejszej pracy dał mi przypadek cierpienia skórno zewnętrznego narządów rodnych, spostrzegany w klinice ginekologicznej prof. Fiedorow'a, który makro i mikroskopowo posiadał pewną ilość cech, pozwalających z równą słusnością przyjąć je za *leucoplasia vulvovaginalis*, jak i za *kraurosis vulvae*.

Zadaniem mojem będzie na podstawie danych, zaczerpniętych z odnośnej literatury, zestawienie cech, charakteryzujących obydwie w mowie będące cierpienia, i wykazanie łączącego ich wzajem stosunku.

Rozpocznę od leukoplazji. Istota cierpienia tego polega na tem, że na skórze sromu występują małe okrągłe zlekka połyskujące plamki białe, bądź oddzielnie, bądź zlewając się w jedną większą; barwą i kształtem przypominają

bardzo plamki, powstające po łapisowaniu błony śluzowej.

Jeżeli sprawa postępuje dalej, plamki zamieniają się na blaszki, lekko wystające ponad powierzchnię skóry czy błony śluzowej. Barwa ich wtedy bywa ciemniejsza, stają się nieprzezroczyste, błona śluzowa w najbliższym sąsiedztwie grubieje i traci swą elastyczność, aczkolwiek zachowuje jeszcze swe zabarwienie normalne. Plamki, zarówno jak blaszki leukoplazyczne, sadowią się na dużych i małych wargach sromnych, na łechtaczce, wędzidełku, przechodzą niekiedy na ścianę pochwy i sięgać mogą sklepień, a nawet przejść na błonę śluzową, pokrywającą część pochwową. W daleko posuniętych przypadkach *leucoplasiae* błona śluzowa ulega wybitnym zmianom: staje się sztywną, niepodatną, pergaminową; zabarwienie uczestków zdrowych coraz mniej się odroźnia od części schorzałych, zgrubiałe łuski odrywają się łatwo i odsłaniają przerosłe brodawki i mocno zaczerwienioną śluzówkę.

Leukoplazja najczęściej rozwija się bardzo powoli. Niekiedy 2—3 blaszki leukoplazyczne trwają bez zmiany 10—20 lat, nie dając znać o sobie żadnym objawem subiektywnym. W większości atoli przypadków na miejscach, objętych sprawą chorobową, powstaje dokuczliwy świąd, nie poddający się żadnemu leczeniu. W późniejszych okresach cierpienia mogą się jeszcze przyłączyć bóle, spowodowane owrzodzeniami, powstałymi na powierzchni łusek.

Badanie drobnowidzowe skrawków, barwionych hematoksyliną i eozyną, wykazuje, że naskórek uczestków skóry, pokrytych łuskami, jest przerznięty mniej więcej w połowie swej wysokości zlekka falistą wstęgą, bardzo intensywnie zabarwioną na niebiesko. Przy dużem powiększeniu przekonywamy się, że wstęgę tę tworzą ogromne wielokątne komórki, mierzące do 20 mm., ułożone w 3 lub 4 rzędy. Jądro ich jest mniej lub więcej wyraźne, zarodek wypełnio-

na drobnymi ziarenkami, chciwie barwiącemi się barwnikami jądrowymi — słowem, mamy do czynienia z wybitnym przerostem warstwy t. zw. eleidynowej (PETTIT). Komórki, leżące ponad warstwą eleidynową, uległy zrogowaceniu w stopniu tem większym, im bliżej powierzchni naskórka. Wysokość warstwy rogowej równa się połowie wysokości całego naskórka. W komórkach poniżej warstwy eleidynowej również spostrzegać się dają wyraźne zmiany i w jądrze i w zarodki. W tej ostatniej wykazać można obecność eleidyny, występującej tu w postaci rozlanej.

Ze strony miazdzy (*corium*) należy zanotować dwie zmiany: wyraźny obrzęk i nacieczenie drobnokomórkowe. Warstwa MALPIGIUSZ'a jest wyraźnie odgraniczona od miazdzy, atoli wskutek wydłużenia się naskórka, wrastającego w miazdę, brodawki tej ostatniej są mocno ściśnięte i zmalałe.

Zestawiając powyższe cechy początkowych okresów *leucoplasiae vulvovaginalis*, możemy je ująć w cztery następujące pozycye:

- 1) Objawy przewlekłego zapalenia miazdzy.
- 2) Przerost komórek warstwy eleidynowej.
- 3) Zgrubienie warstwy rogowej.
- 4) Obecność eleidyny w komórkach, leżących pod warstwą eleidynową.

PICHEVIN i PETTIT uważają za objaw najbardziej charakterystyczny dla *leucoplasiae* przerost warstwy eleidynowej, podczas gdy NOTO w pracy swojej punkt ciężkości przenosi do podłoża (*corium*) i w jego przewlekłym stanie zapalnym szuka przyczyn, sprowadzających wszystkie zmiany, spostrzegane w naskórku, utrzymując, iż rozbudzona czynność komórek *strati germinativi*, przylegających do schorzonego podłoża, ujawnia się następnie bądź to w postaci rozrodczej pomnażaniem szeregów komórek eleidynowych tudzież komórek warstwy rogowej, bądź to w postaci wyłącznie wydziel-

niczej pobudzaniem komórek naskórka do szybszego, niż to się dzieje zwykle, i zwiększonego wytwarzania ziarenek eleidyny.

Rozpoznanie różniczkowe między *leucoplasia vulvo-vaginalis* i *kraurosis vulvae* opiera się zdaniem PICHEVIN'a i PETTIT'a na podstawach zupełnie pewnych.

Cechą najwybitniejszą obrazu anatomo patologicznego *leucoplasiae* jest przerost warstwy eleidynowej naskórka — w marskości sromu natomiast warstwa powyższa nie tylko nie posiada oznak przerostu, lecz przeciwnie częstokroć ulega zupełnemu zanikowi. Następnie zrogowaciała część naskórka zajmuje w *kraurosis vulvae* jedną czwartą jego wysokości, w *leucoplasia* równa się prawie połowie. W podłożu zarówno w marskości sromu, jak *leucoplasia* znajdujemy nacieczenie drobnokomórkowe i objawy przewlekłego zapalenia. Nadto w *kraurosis* występuje zanik nerwów, gruczołów i brodawek, czego nie spotykamy w *leucoplasia*. Zespół tych różnic upoważnia wzmiankowanych autorów do żądania dla *leucoplasia vulvovaginalis* oddzielnego miejsca w szeregu chorób skórnych.

Czy istotnie dyagnoza różniczkowa pomiędzy obydwoma cierpieniami jest tak pewna i tak łatwo się daje przeprowadzić? Najnowsze badania nad marskością sromu zdają się przeczyć temu.

Pierwszy dokładny opis 12 przypadków swoistego zaniku i marskości skóry sromu niewieściego podał BREISKY w 1885 roku i ochrzcił tę nową postać nozologiczną mianem *kraurosis vulvae* (κραιρός = marszczyć). Oto jego słowa: „Jako wynik ostateczny daleko posuniętej sprawy marszczenia się skóry, występują uderzająco małe rozmiary i niepodatność przedsionka sromu, znaczne zwężenie wejścia do pochwy, które utrudniają niezmiernie poród, spółkowanie i badanie palcem. Skóra na miejscach, dotkniętych marskością, ma kolor białawy, jest sucha, niekiedy opatrzona grubą, chropawą warstwą naskórka, podczas gdy sąsiednie ucząstki skóry mają

wygląd błyszczący, suchy, blado-szaro-różowy, częstokroć są pokryte przyrośniętymi do nich białawymi łuseczkami. Gruczoły łojowe zaledwie gdzieś spostrzegać się dają. Pozostałe części zewnętrznych narządów rodnych nie wykazują żadnych zmian stałych, chyba jeno nieznaczne zwiotczenie i wychudnięcie“.

Zmiany anatomo-patologiczne, spostrzegane najczęściej w marskości sromu, dadzą się ująć w następujący obraz: warstwa rogowa naskórka jest znacznie zwężona; to samo należy powiedzieć o sieci MALPIGIUSZ'a, która często zredukowana bywa do kilku rzędów komórek, dzięki czemu *stratum corneum* przebiega prawie tuż ponad brodawkami. Tkanka łączna podłoża jest nadzwyczaj uboga w jądra, miejscami nawet zupełnie ich jest pozbawiona; brodawki, zwłaszcza poprzecznie lub ukośnie przekrojone, wykazują budowę zupełnie jednolitą — o ile zresztą są jeszcze wogóle zachowane. Gruczoły łojowe i potowe spotykamy w stanie zupełnego zaniku, gdzieś widzimy jeszcze nieznaczne ich ślady.

(D. n.).

**Przyczynek do nauki
o chorobach umysłowych pochodzenia
toksycznego i zakaźnego ze szczególnem
uwzględnieniem t. zw. Delirii Acuti.**

Podał

TEODOR ŁAPIŃSKI,
ordynator szpitala Jana Bożego.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 25).

Przypadek I. J. S. mężczyzna lat 27, przybył do szpitala 27 marca 1901 r., podtrzymywany pod oba ramiona, z twarzą kongestyonowaną, wycieńczony do tego stopnia, iż nie mógł o wła-

snych siłach utrzymać się na nogach. Brat jego oznajmił, że matka cierpiała na obłąd, że chory prowadził życie umiarkowane, przymiotowi, urazom nie podlegał, chorował na *ulcus molle*, o czym świadczą blizny pooperacyjne w lewej pachwinie. Cierpienie rozpoczęło się jakoby przed dwoma dniami wskutek silnego wstrząśnienia moralnego wzrastającym podnieceniem i dezoryentacją. Coraz silniejszy niepokój, odmawianie przyjmowania pokarmów i wyczerpanie ogólne chorego skłoniło rodzinę do umieszczenia go w szpitalu. Chory, pytany, błędnie podaje swe imię, nazwisko, wiek, poprawiony przez brata, dziwi się, nie poznaje najbliższego otoczenia, przygląda się z uwagą i pewnym niepokojem członkom swej rodziny i wogóle wykazuje najzupełniejszą dezoryentację pod każdym względem, której towarzyszą: silna obawa i podniecenie, budzące w chorym chęć do ucieczki i skłaniające go do wykonywania gwałtownych ruchów.

28 marca. Chory na wszystkie pytania odpowiada bezmyślnie, nie układa zdań, tylko wykrzykuje oderwane wyrazy, tyjące się przeważnie stosunków płciowych (*coprolalia*) i świadczące o wzmożonem samopoczuciu; bezustanne wymachiwanie rękami i nogami, rzucanie głową na wszystkie strony zmuszały do obezwładnienia go, z obawy by nie okaleczył się o brzegi łóżka. Już od pierwszego dnia pobytu swego w szpitalu chory robił wrażenie silnie wyczerpanego i coraz częściej po całej seryi gwałtownych ruchów zapadał w prostracę. Ciągły niepokój ruchowy uniemożliwiał dokładniejsze zbadanie, można było zauważyć tylko równomierność żrenic; przy niemal bezustannem wykrzykiwaniu rozmaitych słów i zdań nie dały się zauważyć jakiegokolwiek zaburzenia, któreby wskazywały na afasię lub anartryę; nerwy mózgowe nie wykazywały żadnych zboczeń; *opisthotonus* nie było, nie było również bezwładu któregokolwiek z kończyn; ogólne napięcie mięśni

dość znaczne; ton skurczowy serca dawał wyraźny szmer, wzmagający się ku aorticie i słabnący ku *a. pulmonalis*; oba tony serca głuche, tętno 120, regularne, słabego napięcia; zatrzymanie uryny i kału.

Przy niezmnijającym się podnieceniu ruchowem chory wymachiwał rękami i uderzał niemi w ścianę, kopał nogami otaczających, gryzł się w rękę, wykrzykiwał; „Cesarz Mikołaj, król,” wciąż śpiewał i mówił, odmawiał przyjmowania pokarmu, wlane mleko natychmiast wypływał, język miał suchy, tętno 120, po lawatywie obfite wypróżnienie.

8 kwietnia. Wśród nieustającego ruchowego podniecenia okresy zupełnego wyczerpania występują coraz częściej i przeciągają się dłużej, chory leży wtedy nieruchomo, z nawpół otwartymi oczyma, z ciężkim oddechem, z tętnem słabem, regularnem — 120 na minutę, kał i mocz oddaje pod siebie.

19 kwietnia. Przyjmuje nieco płynów, upadek sił i ogólnego odżywiania wzmagają się gwałtownie.

20 kwietnia. Chory w zupełnej zapaści, z trudnością i rzadko porusza kończynami, leży zupełnie nieprzytomny, nie mówi, tętno ma bardzo słabe, ledwo namacalne, 108 na minutę, łatwo uciskalne.

21 kwietnia. *Exitus laetulis*. Przez cały czas choroby ciepłota ciała nie podnosiła się ponad normę, nie było również objawów porażenia nerwów czaszkowych, jako też bezwładu lub drgawek kończyn.

22 kwietnia. Sekcja. Pod *galea aponeurotica* szereg wybroczyn, opona twarda silnie przekrwiona, opona miękka przekrwiona; w okolicach obu zrazów centralnych, tylnej części zrazów czołowych, górnej części zrazów ciemionnych zmętniała, obrzęknięta wzdłuż naczyń; komory boczne nie rozszerzone; dno komory 3-iej i 4-iej, jako też część powierzchni *Thalami optici, corporis striati* chropowata, jakby wysypane pias-

kiem. Istoty szara i biała mózgu normalnej grubości, przekrwione, z występującymi gdzieś wybroczynami, (*Meningo-encephalitis diffusa*).

J. S., obarczony dziedzicznie, chorował na *ulcus molle*, przypuszczać, iż zaraził się jedno cześnie przymiotem, można, lecz dostatecznych danych nie mamy, chyba *ependymitis* komory IV, które podług BINSWANGER'a spotyka się tylko w *Paralysis progressiva*.

Nie wiemy o sprawności przewodu pokarmowego przed zachorowaniem, nie mamy dokładniejszych wiadomości co do przebytego *ulcus molle*, czy była jakakolwiek wysypka, i jaką kurację chory wtedy stosował, musimy przeto w braku dostatecznych wywiadów wypowiedzieć się o danym przypadku w tak mało przekonujący sposób: silny uraz moralny i wycieńczenie fizyczne spowodowały u osobnika, dziedzicznie obciążonego, ostrą psychozę — *Amentia Meynerti*, objawami i przebiegiem przypominającą t. zw. *D. ac.*

Przypadek II. 2 października 1904 roku do szpitala Ujazdowskiego przybył szeregowiec Tobolskiego pułku piechoty, A. B., lat 27, kawaler. Podług słów felczera, który go dostawał do szpitala, chory przez całą noc rzucał się, chwycił rękoma otaczających, krzyczał i głośno wzywał rodziców, żonę, dzieci i t. p. Towarzysz jego nie dostarczył żadnego świadectwa oprócz dopisku lekarza na raporcie, w którym wspomniano zaledwie o „objawach epilepsji“.

Przy oględzinach chorego zauważono podskórny wylew krwi i starcia skóry na obu ramionach, powstałe wskutek związywania rąk, zauważono też drobne starcia i na innych częściach ciała.

30 września. Chory miał wymioty, uczuwał ból w okolicy żołądka; drżenie wyciągniętych kończyn, języka; rozszerzone źrenice reagują słabo, samopoczucie wzmożone.

Chory wie, ile ma lat, gdzie mieszkał, czym się trudnił, miesiące: „sierpień i wrzesień“, „dla mnie wszystko jedno“, dnie, daty pamięta, „my tam na dzień nie zwracamy uwagi, rok 1894-ty, 18-ty, mieszkam obecnie tutaj, mam skład apteczny, rodzice też tutaj się znajdują, miasto Łódź, lekarz o tem dobrze wie, tutaj jest punkt zborny, jeden do drugiego“; o uniformie lekarza mówi, że to albo lekarz, albo komisarz, powiada, że jest żonaty, że ma chłopca, którego nazywa Zbisiem, śmieje się, „szelmy dzieci trzaskają drzwiami“, mówi, że jest nie bardzo bogaty, nie bardzo ubogi, pojedzie do ojca, tam mu dadzą, czego tylko zapragnie, ma tam 39 włók ziemi, spadek po ojcu, ojciec jego był rolnikiem, miał 10 dziesięcin ziemi; „źle, że rubel ma 100 kopiejek, rok 365 dni“, usposobienie raczej wesołe, czasami bywa smutny, „lecz wtedy napiję się pieprzówki, i wszystko przeminie“; na pytania odpowiada szybko, często nietrafnie, przytem się uśmiecha, uwaga jego wciąż odwraca się od danego przedmiotu.

2 paźd. Wyraz twarzy tępy, martwy, mówiąc, chory zacina się, opuszcza słowa, nie jest w stanie wysunąć języka, ręce mu drżą, mając zamknięte oczy, chwieje się, źrenice ma równomierne, cokolwiek zwężone, oddziaływające słabo, odruchy ścięgniste i skórne obniżone, czucie zachowane, cały czas niespokojny, wywija rękami, nogami, bezustannie mówi.

3 paźd., wieczorem, chory uderzył głową o zawiasę od drzwi, zerwawszy się raptownie z podłogi, i rozciął sobie czoło; ma ranę calowej długości, głębokości $\frac{1}{2}$ cala. W nocy nie spał, zapytany, co mu się stało, odpowiada, że to na nauce strzelania. Chory leży w kaftanie, ponieważ przez cały czas niepokoił się, starał się zerwać opatrunek, twarz ma bladą, oczy zapadłe, w lewym płucu na brzegu łopatki słychać szmer tarcia opłucny i rozlane rzęzenia; tętno 104, oddech 30; pokarmów prawie że nie przyjmuje,

mówi bez związku cichym bezdźwięcznym głosem.

6 paźd. Leży nawznak z zapadłemi oczyma. Język ma suchy, puls 108, pełny; w płucach rozlane wilgotne rzęzenia; wypił 4 funty mleka, na krzyżu — odleżyny.

7 — 8 paźd. Leży spokojnie, mówi bez związku, głos ma cichy.

Spał spokojnie, mleka wypił 2 funty, zjadł trochę zupy i chleba, skarży się na ból w piersiach, w ogólności czuje się znośnie.

9 — 10 paźd. Leży, ciężko jęczy, źrenice ma rozszerzone, język obłożony; utrzymuje, że czuje się dobrze.

11 paźd. Leży w agonii z oddechem rzęzącym, tętno ma nitkowate, ledwo namacalne, źrenice zwężone oddziaływają słabo, oczy zapadłe, język suchy, wargi sine, bolesność przy najlżejszem dotknięciu, szczególnie w okolicy brzucha, silnie wzdętego; chory leży bez przytomności, jęczy; w obu płucach, a szczególnie w lewym, rozlane rzęzenia, z przeciągłym, szorstkim wydechem.

Przywołany 9 października konsultant chorób wewnętrznych wskutek braku wyraźnych objawów nie mógł określić cierpienia.

Chory umarł o godz. 2 minut 15 popołudniu, mając oddech rzęzący.

Ciepłota początkowo wynosiła 36,8

21-go wieczorem 37,2

22-go rano 38, wieczorem 38,9

23-go „ 38, „ 39

24-go „ 37, „ 40

25-go „ 36,2. Cały czas później pozostawała poniżej normy.

S e k c y a. Objawy kliniczne: *Paralysis progressiva. Pleuritis sicca.*

Anatomiczne określenie choroby: *Excoriationes cutis frontis et manuum. Haemorrhagiae muscul. frontalis. Haemorrhagiae meningum et cerebri. Haemorrhagiae subarachnoidales. Ton-*

sillitis et pharyng. chr. Pleuritis sero-fibrinosa sin (500 c. c.). Bronchitis pur. Emphysema marginalis. Exatritx superf. lobi infer. pulm. dex. putrific. Myositis parench. ac. et paralysis cordis. Sclerosis insul. intimae aortae ad valvulam. Hepatitis interst. chr.

Słabe oddziaływanie żrenie, drżenie języka, rąk, zmienność usposobienia i domieszka bredzenia wielkości przemawiały na korzyść bezwładu postępującego, nie wyłączały jednakże możliwości jakiejś psychozy infekcyjnej, względnie t. zw. *D. ac.*, o czym świadczyły podniesienie ciepłoty, wybitny chaos myślowy wraz z podnieceniem ruchowem i szybki przebieg cierpienia.

Przypadek III. 19 grudnia 1899 r. przybył do szpitala przytrzymywany przez 3-ch kolegów S. G. z silnem podnieceniem ruchowem i zupełną utratą przytomności i świadomości. W kancelaryi szpitalnej chory krzyczał, wyrывał się z rąk towarzyszy, chciał uciekać, nikogo nie poznawał i z obawą spoglądał na otaczających.

21 grudnia. S. G. wzrostu wysokiego, odżywiania dostatecznego, narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian widocznych; gruczoły chłonne lewej pachwiny powiększone, prawe jądro rozmiarów pięści dorosłego człowieka. Żrenice równomierne, rozszerzone, z zachowaniem oddziaływaniem na światło i przystosowaniem; ruchy gałek ocznych, sprawność mięśni twarzy zachowane po obydwóch stronach, język wysunięty drży nieznacznie, nie uchyla się na bok, odruchy kolanowe wzmożone, nierównomierne, w prawej nodze nieco silniejsze, ze ścięgna Achillesa zachowane, *clonus* brak, odruchy skórne, z *cremaster* zachowane, siła kończyn normalna; napięcie mięśni dość znaczne.

Przebywszy 20 grudnia stan silnego podniecenia, które trwało całą dobę i ustało o 7-ej wieczorem, chory zdaje sobie sprawę, gdzie się znajduje obecnie, jaki mamy rok, miesiąc, dzień, lecz co się z nim działo przez całą ubieg-

łą dobę, nie pamięta; obecnie uczuwa nadzwyczajne zmęczenie.

Choroba rozpoczęła się 16 grudnia silnymi bólami głowy w okolicy ciemienia i skroni; pomimo szalonych bólów chory pracował w dalszym ciągu. Rankiem 19 grudnia po kieliszku wódki bóle na razie zmniejszyły się; dopiero o 6-ej wieczorem S. G., poczuwszy nadzwyczajne osłabienie, zeszedł z drabiny, porzucił pracę i wraz z kolegą udał się do doktora; w drodze ucuwał drętwienie i mrowienie w prawej nodze, utratę w niej czucia na ból; noga zwolna poczęła sztywnieć i wyprężyć się; drętwienie stopniowo ogarniało prawą stronę brzucha, klatki piersiowej, prawą rękę, w końcu przeszło na szyję i twarz; chory stracił możność mówienia, wreszcie przytomność; ocknął się dopiero w szpitalu o 7-ej wieczorem.

Ze słów żony widać, iż chory zaraz po powrocie od doktora stracił przytomność, pytany, nie odpowiadał, położony do łóżka, leżał spokojnie $\frac{1}{2}$ godziny, następnie zaczął krzyczeć, biegać po pokoju i rozbijać otaczające przedmioty.

S. G. ma lat 39, pracuje od kilku lat w fabryce gazowej, w dzieciństwie przechodził tyfus, rok temu *ischias* prawej nogi, w tymże czasie uderzył się silnie żelaznym drągiem w prawe udo, z czego jakoby wywiązało się istniejące dotychczas *orchitis*. Rodzice pomarli w podeszłym wieku, bracia żyją, w rodzinie chorób nerwowych *resp.* umysłowych nie było, chory napojów wysokokowych nie nadużywał, przymiotowi nie podlegał.

22 grudnia. Chory uskarża się na silne bóle głowy, na osłabienie ogólne, w czasie i przestrzeni orientuje się znośnie, żrenice ma równomierne, rozszerzone, odruchy ścięgniste, na prawej stronie silniejsze, czucie na ból, dotyk i ciepło zachowane; pytany, odpowiada nie od razu, lecz po pewnym czasie; płacze, gdy pomyśli, że ludzie obwołają go waryatem; dłuższa roz-

mowa nuży go, uskarża się na nieustanną senność.

23 grudnia. S. G. wskutek nalegań żony został ze szpitala wypisany.

27 grudnia o godzinie 2-iej popołudniu S. G. przybył powtórnie do szpitala z silnym podnieceniem ruchowym, krzyczał. Tętno miał niskie, nieznaczne drgawki w prawej ręce, źrenice silnie rozszerzone z zachowaniem oddziaływaniem na światło, odruchy ścięgnowe na prawej stronie wzmożone; proszony, by nie krzyczał, na chwilę przestawał, lecz wkrótce znowu rozpoczął wydawać jakieś nieludzkie, niezrozumiałe okrzyki; patrzył na otaczających błędem, wystraszonem okiem, nie poznawał otaczających, rzucał się na wszystkie strony, prowadzony do oddziału, opierał się z całych sił. Stan taki trwał do godz. 3-iej w nocy. Chory odzyskał przytomność, poznał, gdzie się znajduje, lecz co się z nim działo ubiegłej doby — nie wiedział; przypominał sobie tylko, że bezpośrednio przed utratą przytomności odczuwał takie same i w tym samym porządku występujące drętwienie i mrowienie, jak poprzednim razem.

30 grudnia. Chory leży nieprzytomny, rzuca się na łóżku, krzyczy, wymachuje rękami i nogami; oprzytomniawszy, nie pamięta nic, co się działo w czasie ataku; uskarża się na silne bóle głowy, osobliwie w okolicy lewego ciemienia.

4 stycznia. Chory czuje się znośnie, uskarża się na ogólne osłabienie, bóle głowy w okolicy ciemienia i skroni, osobliwie z lewej strony; zaordynowano 6 frykcyi i *kali jodatum*.

16 stycznia. Chory orientuje się w czasie i przestrzeni, uświadamia sobie swój stan, od czasu do czasu przedstawiają mu się jakieś schody, pędzące karety, konie i rozmaite błyszczące przedmioty.

18 stycznia. Uskarża się na ciężar w tyle głowy, bóle głowy zmniejszyły się znacznie, działalność serca zadawalająca, w płucach rozlane *bronchitis*, w okolicach skroni bolesność

przy opukiwaniu; siła mięśni, odruchy skórne i ścięgnowe zachowane, czucie na ból, dotyk i ciepłotę w granicach normy; ciężar gatunkowy uryny 1,010, białka, indykanu, acetonu, cukru niema; lewe gruczoły pachwinowe powiększone; na dnie oka kol. JANUSZKIEWICZ skonstatował lekkie przekrwienie naczyń.

24 stycznia. Wczoraj na kolację chory zjadł ½ miski klusek, o 10 zasnął, lecz wkrótce obudził się pod wpływem snów niespokojnych: przed oczyma jego przebiegały karety, domy, błyszczące przedmioty i t. p.; obawiając się po wrotu choroby, zeskoczył z łóżka, począł szybko chodzić po sali, nogi mu drżały, na głowie nie odczuwał swej ręki; dwie doby nie miał wypróżnienia, dzisiaj uskarża się na silny ból zębów, klucie w głowie; nieznaczna *dysartria* i drżenie koniuszka języka.

27 stycznia. Źrenice rozszerzone, nierównomierne, oddziaływają na światło i przystosowanie, *dysartria* nieznaczna, opukiwanie cząszki bezbolesne.

28 stycznia. Dzisiaj chory na żądanie żony wypisuje się ze szpitala.

Przez cały czas pobytu w szpitalu ciepłota ciała nie przekraczała normy; w dzień opuszczenia szpitala źrenice równomierne, nadzwyczaj wąskie (wielkości łepka szpilki); *dysartria* ledwo rozpoznawalna; pytany, odpowiada wolno i po pewnym czasie — widocznie nie od razu pojmuje stawiane pytania i namyśla się nad odpowiedzią.

Z punktu widzenia szybkiego wystąpienia cierpienia, silnego podniecenia ruchowego, zupełnej utraty świadomości i przytomności, omam zastraszających i kompletnego chaosu przypadku ten można zaliczyć do t. zw. *Delirium acutum*. Przebieg cierpienia odznaczał się pewną swoistością: po każdym silnem podnieceniu z utratą świadomości, następowało zwykle stosunkowe polepszenie: chory orientował się w czasie i przestrzeni, uświadamiał sobie swe położenie; każdy atak poprzedzany był drętwieniem

nogi, ogarniającem stopniowo całą prawą stronę; wtedy chory tracił świadomość i wykazywał silne podniecenie ruchowe, by po pewnym czasie odzyskać przytomność i nie pamiętać nic, co się z nim działo w ciągu całej doby.

Pomimo braku w wywiadach przymiotu, szybkie wystąpienie objawów, skłonność do zwolnień i obostrzeń, poprzedzające silne bóle głowy, wzmagające się ku nocy i nie ustępujące przy zastosowaniu zwykłych środków, dyzartria i powodzenie specyficznego leczenia przemawiają dobitnie za swoistem (*Lues*) pochodzeniem danego cierpienia u osobnika, ciężko pracującego na chleb powszedni, z ospałą działalnością przewodu pokarmowego. OPPENHEIM (24) o swoim porażeniu mózgu mówi: „Jeżeli współczesne występowanie objawów podrażnienia opon i porażenia naczyń mózgu dają charakterystyczny dla przymiotu mózgu objaw, to jeszcze większe znaczenie posiada przebieg cierpienia; za typową formę uznać należy przebieg podostry, gdy obostrzenia i okresy stosunkowego zdrowia występują jedno po drugim“. „W większości

przypadków“, mówi HEUBNER (25) „występuje cały szereg ataków, oddzielonych jeden od drugiego okresami zupełnego lub stosunkowego zdrowia“. Podobne zdanie wygłasza i GOWERS (26). Bóle głowy, podług zdania GOWERS'a, występują prawie w połowie przypadków przymiotowego pochodzenia; co się zaś tyczy znaczenia skuteczności terapii swoistej dla rozpoznawania *Lues cerebri* RUMPF (27), GOWERS, OPPENHEIM zgodnie utrzymują, że w żadnym cierpieniu mózgu jod i rtęć nie dają tak szybkiego polepszenia, jak w przymiocie. Prawda, trafiają się cierpienia mózgu niewątpliwie swoistego pochodzenia, które nie poddają się specyficznemu leczeniu, lecz w podobnych razach w mózgu zapewne powstały nieusuwalne zmiany anatomiczne (rozwój tkanki łącznej, zwyrodnienie tłuszczowe), lub też proces patologiczny zajął zbyt wielkie obszary; być może, w przypadkach podobnych działały współcześnie i inne czynniki chorobotwórcze.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

D. ROBERTS.

Wymioty jako objaw przewlekły i okresowy.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 25).

Przypadłości gastryczne — *crises gastriques* w wzdzie, w innych cierpieniach rdzenia przyrody syfilitycznej, w sklerozie wieloogniskowej a także i w chorobie BASEDOW'a mogą być niekiedy źródłem pomyłek dyagnostycznych. W wi-

dzie pojawiają się już w okresie przedataktycznym i stanowią często główny powód narzekań chorego—tu więc dopiero inne objawy znamienne istotę sprawy wyjaśniają. Wymioty bywają tu niekiedy poprzedzane mdłościami, zazwyczaj jednak pojawiają się zrazu (nagle), poprzedzane silnym szarpiącym bólem *in epigastrio et in praecordio*, nadto towarzyszą im bóle głowy i bóle w kończynach, brzuch zwykle bywa wciągnięty, stolce zaparte nieraz w ciągu kilku dni.

Atak kończy się zwykle odrazu — pozostaje tylko pewna dolegliwość mięśni brzusznych, łaknienie też najczęściej wnet powraca. W wymiocinach stwierdzić się niekiedy dają nieznaczne ilości krwi. EWALD z obserwowanych przezeń 89 przypadków — *haematemesis* notuje w czterech. Bóle w czasie takich napadów bywają zmienne, niekiedy są one bardzo umiarkowane, a czasem może ich nawet wcale nie być. *Ex re* pomyłek dyagnostycznych autor przytacza tu — chyba jako swojego rodzaju *curiosum* — przypadek, w którym na zasadzie mylnych rozpoznawań przyczyny upartych wymiotów i silnych bólów — naprzód, jakoby ze względów ginekologicznych, dokonano przyżegania *portionis vaginalis uteri*, potem, podejrzewając *ulcus ventriculi* — *gastroenterostomiam*, wreszcie, gdy pomimo to napady dalej trwały, usunięto macicę wraz z przydatkami. W przypadku tym napady przestały mężczyr chorą dopiero w kilka miesięcy po ostatnio wymienionej operacji — natomiasć stwierdzić się dały objawy *ataxiae*.

Zbliżone bardzo pod względem objawowym do napadów powyżej notowanych są opisane przez LEYDEN'a wymioty istotnie (pierwotne) nerwowe. Pojawiają się one nagle śród lub bez dolegliwości żołądkowych niezależnie od zawartości lub niezawartości w żołądku pokarmów. Spostrzegają się tu silne mdłości, przejściowe osłabienie, wciągnięcie brzucha i zaparcie stolca w okresie napadu. Żołądek w ciągu trwania stanu takiego nie znosi żadnego pokarmu i wogóle niczego. Zmian organicznych w przypadkach takich wykazać się nie udawało. W zestawieniu z napadami pochodzenia rdzeniowego napady te wyrażają się tem, że następują mniej lub więcej w jednakowych odstępach czasu, albo też że stają się coraz mniej częstymi, lub wreszcie, że ustępują zupełnie.

„Wymioty pacholące“ (*resp.* dziewczęce) („Juvenile vomiting“) tak zwane ze względu na to, że spostrzegają i u dzieci w wieku lat 8 do 14, małodkrwistych — uczęszczających do szkoły, pojawiają się bądź to przed rozpoczęciem lekcyi skutkiem szczególnej jakiejś obawy, bądź to w godzinach polekcyjnych prawdopodobnie wskutek wysilania wzroku; niekiedy powodem ich bywają robaki kiszkowe, i dlatego w przypadkach, w których innej przyczyny wykazać się nie udaje, należy troskliwie badać wypróż-

nienia, a nawet w tym celu zastosować środek przeciwczerwiowy (COHNHEIM).

W wymiotach u dzieci — a ochrzczonych ze względu na sposób ich pojawiania się co do czasu nazwą okresowych czy też peryodycznych, powrotnych lub stałych, często nie udaje się odnaleźć właściwej ich przyczyny. Pod względem objawowym podobne one często bywają do napadów (*crises*), o których rzecz była wyżej (niezależność od wypełnienia czy pustkości żołądka, nagłość pojawiania się, natężenie, czas trwania napadu, wciągnięcie brzucha, zaparcia stolca).

Niektórzy (EDSAL, MARFAN) ze względów przyczynowych dopatrują się tu acetonemii, inni (SNOW) obwiniają nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego (*hypersecretio*), inni (RACHFORD) stawiają wymioty te w zależności od migreny, inni wreszcie (OSLER) od spraw rumieniowych (*erythema*), towarzyszących często stanom chorobowym przewodu pokarmowego.

W symptomatologii chorób mózgowych wymioty wybitne zajmują miejsce; w ostrem zapaleniu opon (*meningitis acuta*) stanowią one objaw znamieny w okresie początkowym i mogą pojawiać się uparcie w ciągu całego przebiegu. Cechują one też sprawy meningealne przewlekłe, ropnie i nowotwory mózgowia, rozstrzeń komór oraz krwotoki mózgowe. Ze względów rozpoznawczych należy mieć na uwadze, że wymioty pojawiają się tu nagle, że mdłości bywają nieznaczne, dalej ich gwałtowność, niezależność od stanu wypełnienia żołądka — brak świadomości lub stan półświadomy w czasie wymiotowania i wpływ, jaki na pojawianie się ich wywierają zmiany ułożenia ciała.

Aczkolwiek wymioty zdarzać się mogą w przebiegu najrozmaitszych innych spraw chorobowych, to jednak względnie najczęściej notują się w niektórych chorobach ogólnoustrojowych (konstytucjonalnych), zwłaszcza w dnie, cukromoczu, zimnicy, w małodkrwistości, nadto w chorobie ADDISON'a, zapaleniu nerek i w sprawach rumieniowych (*erythema*).

Wymioty nieraz kładą się na karb dny nieprawidłowej. Rozpoznanie takie w wielu przypadkach, zwłaszcza takich, w których jednocześnie spostrzegają się bóle brzuszne, okazuje się mylnem; godzić się na nie można raczej w tych razach, w których dotknięty niemi oso-

bnik poprzednio już podlegał napadom dny typowej.

W przebiegu zapalenia nerek wymioty zaliczają się do objawów mocznicowych stałych, często nawet bywają jednym z pierwszych. Zazwyczaj bywają tu mdłości zrana, później już i w ciągu dnia.

W cukrzycy notują się one jako objaw późniejszych okresów choroby i poprzedzają zazwyczaj śpiączkę cukrzycową.

W chorobie ADDISON'a pojawiają się one późno i zazwyczaj łącznie z zawrotami głowy, dzwonieniem w uszach i bólem głowy – aczkolwiek przypadłości te tutaj w przejawach swoich różnią się od spostrzeganych w cierpieniach ucha t. j. od syndromu MENIER'a.

W sprawie zimniczej (*malaria*) wymioty jako objaw okresowy lub przewlekły bywają dość rzadko — częściej w postaciach zimniczych bardzo ciężkich, a wtedy nieraz nawet pojawiają się wymioty krwawe (*haematomesis*). Właściwą przyczynę wyjaśnia badanie śledziony oraz krwi.

W rozmaitych postaciach małokrwistości nie są one bynajmniej objawem niezwykłym. Najczęściej bywają one następstwem mdłości, będących tu wyrazem spaczoności uczucia głodu na tle ogólnego upadku odżywiania. W przypadkach ciężkich, a szczególnie w małokrwistości złośliwej (*anaemia perniciosa*) stanowią one objaw wybitny. W przypadkach takich dochodzi często do mniej lub więcej obfitych wymiotów krwawych. Wręcz przeciwnie, jak to ma miejsce we wrzodzie żołądka, pojawiają się one tu niezależnie od przyjętego pokarmu i nie zaznaczają się silnymi bólami (aczkolwiek możliwość powstania owrzodzeń należy tu zawsze mieć na uwadze).

W sprawach rumieniowych, do których autor zalicza sprawy rumieniowe angioneurotyczne, ograniczone, rumień, plamice, pokrzywkę, spostrzegają się nieraz ciężkie przypadłości ze strony dróg pokarmowych *resp.* uparte wymioty. W przypadku, spostrzeganym przez autora — wysypkę (*rash*) już w ciągu kilku dni przed jej ukazaniem się poprzedzały uparte wymioty, bóle brzuszne, zaparcie, domieszka krwi w wypróżnieniach (*melaena*). Takież przypadki notuje i OSLER.

W przewlekłym zatruciu ołowiem z napadami kolki ołowianej (*colica saturnina*) wymioty spostrzegają się jako objaw przewlekły i uparty.

Jak więc wnioskować należy z powyższego przeglądu, trudności dyagnostyczne, spotykane przy określaniu właściwej w każdym przypadku przyczyny wymiotów, są bardzo znaczne, i z tego względu dla pokonania swojego domagają się często nader ścisłego i wszechstronnego badania chorego ustroju. W celu więc łatwiejszego oryentowania się — autor, streszczając się, podaje tu niektóre punkty wytyczne.

1) Wymioty typu przewlekłego, poprzedzone stopniowo wzmagającymi się bólami w okolicy żołądka (*epigastralgia*) i pojawiające się w $\frac{1}{2}$ do 3 godzin po przyjęciu pokarmu, świadczą na korzyść wrzodu (*ulcus pepticum*) żołądka lub dwunastnicy.

2) Wymioty takiegoż typu w kwadrans po jedzeniu każą podejrzewać zwężenie wpustu (*stenosis cardiae*), nerwicę, sprawę mózgową albo zaciągający się ostry nieżyt żołądka.

3) Wymioty — z obfitą ilością wymiocin w 10 lub więcej godzin po przyjęciu pożywienia wskazują, że się ma do czynienia z niewydolnością mięśniową żołądka; częste powtarzanie się tak późnych wymiotów świadczy na korzyść przeszkody mechanicznej dla wydalania zawartości żołądka w kierunku kiszek.

4) Wymioty w porze nocnej zdarzają się najczęściej w kamicy żółciowej, sokotoku okresowym, niewydolności mięśniowej lub świadczą na korzyść nerwicy.

5) Skłonność (silenie się) do wymiotowania w stanie czczym żołądka wskazuje, że przyczyną są tu nie zmiany w tym ostatnim, a raczej że doszukiwać jej się należy w oddziaływaniu zwrotnym (*reflex*), w skażeniu krwi (*toxaemia*), w sprawach chorobowych mózgowych albo w zboczeniu nerwowym (nerwicy?).

6) Nudności oraz krztuszenia się wymiotne poranne każą doszukiwać się przyczyny w brzemienności, alkoholizmie, nieżycie gardzielowym, zapaleniu nerek albo w zboczeniu nerwowym (nerwicy?).

7) Wymioty okresowe — czystym sokiem żołądkowym o prawidłowej lub nadmiernej kwasocie a przytem dość obfite świadczą o nerwicy wydzielniczej albo wrzodzie.

8) Wymioty w następstwie bólu głowy. połączone z silnymi mdłościami, przy braku jednak innych objawów żołądkowych lub wogóle brzusznych, cechują migrenę, podłożem ich najczęściej bywają wysiłki wzrokowe.

9) Nagłe napady wymiotów, połączone z dzwonieniem w uszach, głuchotą i zawrotem głowy, spostrzegają się w przypadkach wzmożonego ciśnienia w przebiegu cierpienia ucha wewnętrznego i średniego.

10) Nagłe napady wymiotów okresowych, połączone z mniej lub więcej silnymi bólami żo-

łądkowymi, mdłościami, wciągnięciem brzucha oraz zaparciem stolca w okresie napadowym, każą podejrzewać afekcję rdzenia, samoistne (idiopatyczne) wymioty nerwowe albo zatrucie ołowiem.

11) Wymioty okresowe po napadzie koliki przy jednoczesnym zaparciu stolców oraz ogólnym lub ograniczonym wzdęciu brzucha (*meteorismus*) świadczą na korzyść trwałego zwężenia w przewodzie pokarmowym (*stenosis chronica*).

(Medical Record. Nr. 1842. 1906 r.).

F. Gr

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

79. M. BOIGEY. Sposób zmniejszenia objętości obrzmiałej śledziony drogą mięsienia (masażu) i opukiwania.

Myśl stosowania wyżej wymienionych rekocyznów w przypadkach nie tylko ostrego, lecz i przewlekłego obrzmienia śledziony nasunął autorowi przypadek, obserwowany przezeń w czasie pełnienia służby lekarskiej w Algierze. Wezwany do orzeczenia przyczyny śmierci, jaka nastąpiła podczas zabiegu, dokonywanego na chorym tuziemcu przez innego tuziemca, trudniącego się pokątnym leczeniem, stwierdził on na zasadzie oględzin pośmiertnych, że przyczyną tejże były wieloliczne pęknięcia śledziony wraz z towarzyszącymi jej wybroczynami krwi w samiaśszej oraz do jamy otrzewnej (*fossa iliaca*) — spowodowane praktykowanym w kraju owym sposobem leczenia obrzmień śledziony.

Sposób ten polega na ostukiwaniu okolicy śledzionowej; w danym przypadku poprzednio już kilkakrotnie, a ostatnio zbyt brutalnie stosowany (ów pseudolekarz posługiwał się tu niby młotkiem kamieniem, którym uderzał po drugim kamieniu płaskim, umieszczonym na wzmiankowanej okolicy), stał się przyczyną nagłego zgonu.

Otóż zmiany anatomiczno-patologiczne w przypadku powyższym i podobnych mu spostrzegane oraz własne obserwacje kliniczne autora utwier-

dziły go w przekonaniu, że sposób ten leczenia obrzmień śledziony wcale nie jest tak nieracjonalny, jakby się na pozór wydawało, i że zejście śmiertelne w podanym tu przypadku przypisać należy nie metodzie, lecz raczej zbyt brutalnemu jej stosowaniu.

Twierdzenie owego pseudo-lekarza tuziemca, że obrzmienie śledziony zimnicze pod wpływem ostukiwania okolicy ściany brzusznej, jej odpowiadającej, zmniejsza się, ustępuje — okazało się sprawiedliwym. Badania B. wykazały, że można uważać poniekąd za prawidło, że obrzmienie takie — zimnicze niejako dowolnie zmniejszać się daje przy zastosowaniu masażu okolicy śledzionowej.

Masażu tego najlepiej tu dokonywać drogą ostukiwania podżebrza i boku lewego zewnętrznym brzegiem dłoni; posiedzenia winny być krótkie i częste. Zmniejszenie obrzmienia pod wpływem takich zabiegów następuje bardzo prędko.

Rzecz tę objaśnia autor w sposób następujący: W tkance otoczki MALPIGHI'ego, która obejmuje śledzionę i wysyła liczne beleczyki ku środkowi (wewnątrz) narządu, wykazać się dają — miejscami nawet bardzo oficie — gładkie włókna mięśniowe — a więc elementy kurczliwe; nadto tkanka ta dostarcza jeszcze pasemek ta-

kiegoż charakteru, umacniających naczynia, których rozgałęzienia włosowate (kapilary) również zawierają gładkie włókienka mięśniowe; — w owe włókienka gładkie wnikają drobniutki zakończenia nerwowe, pochodzące z gałązek zwoju słońcowego (*plex. solaris*). Otóż przy ostukiwaniu podrażnienie z nerwów czuciowych okolicy śledziony drogą odruchową oddziaływa na nerw współczulny *resp.* na zwoj słońcowy, — za wpływem tegoż wywołuje skurcz wspomnianych włókien mięśniowych, a tem samem na zasadzie łatwo zrozumiałych praw fizycznych wpływa na zmniejszenie objętości śledziony. Jest to tak zwany odruch śledzionowy, który *mutatis mutandis* upodobnić można do odruchu sercowego ABRAMS'a — gdzie również wskutek mechanicznego podrażnienia okolicy serca następuje zmniejszenie się objętości tego ostatniego. Do pewnego stopnia podobnie jak opukiwanie na zmniejszenie się obrzmiałej śledziony wpływa i zimno = pęcherz z lodem na okolicę odpowiednią.

Manipulacya omawiana oddziaływa szybko i skutecznie wogóle w ostrych obrzmieniach śledziony, z tego więc względu winnaby znaleźć zastosowanie nie tylko w obrzmieniach zimniczych, lecz i w innych, źródło swe mających w sprawach infekcyjnych. Usuwa ona szybko owe przykre uczucie bolesnego ciężenia, jakiego obrzmiały narząd staje się powodem.

Nadto poza swoim znaczeniem leczniczem odruch śledzionowy daje jeszcze ważną wskazówkę rozpoznawczą — brak bowiem jego w przypadkach odpowiednich każe wnioskować, że powiększenie śledziony powikłane jest sprawą zapalną okołosledzionową i otoczkową (*perisplenitis*), *resp.* że istnieją zrosty narządu ze ścianą brzuszną oraz z narządami sąsiednimi.

W przypadkach obrzmień przewlekłych, gdzie doszło już do zrostów (*perisplenitis*), masaż w powyższy sposób wykonywany do celu nie prowadzi — odruchu śledzionowego wywołać się tu nie udaje. W przypadkach więc, w których długotrwałem i częstem opukiwaniem zmniejszenia narządu osiągnąć się nie udaje — rękoczyn ten należy zmodyfikować — nie kuszając się przeto o wywołanie niemożliwego tu już skurczenia się śledziony, starać się trzeba — podobnie jak to czynił ów tuziemiec, lecz w spo-

sób mniej brutalny — zmniejszenie jej osiągnąć drogą wywołania w mięszu jej licznych drobnych pęknięć podotoczkowych *resp.* ognisk wybroczynowych, które potem, organizując się w ogniska sklerotyczne, mniej lub więcej następnie się kurczące, właśnie takiemu zmniejszeniu się objętości sprzyjają. Że takie podotoczkowe pęknięcia śledziony łatwo pod wpływem urazu powstawać mogą nawet u osobników zdrowych, dowodzi tego fakt, że przy oględzinach pośmiertnych przynajmniej w pięciu przypadkach na sto w śledzionie wykazać się dają ogniska czy też szlaki bliznowate, jako pozostałość po dawnych podotoczkowych uszkodzeniach całości mięszu. Wiele przypadków omdleń (*syncope*) wskutek urazu brzucha, którym towarzyszy nagłe obniżenie się ciepłoty ciała wraz z nikłym tętnem i bledością powłok, i które zazwyczaj przypisuje się niby urazowemu oddziaływaniu na nerw współczulny lub innym, przyczynom, stanowi właśnie wyraz nierozpoznanych pęknięć śledziony i towarzyszących im mniej lub więcej obfitych krwawień. Autorowi przynajmniej niejednokrotnie udawało się prawdę tę stwierdzić i wykazać popełniane w takich razach błędy rozpoznawcze. W jednym np. przypadku, gdzie śmierć nastąpiła już w 16 godzin po kopnięciu nogą w brzuch, i gdzie dyagnoza brzmiała: uraz brzucha — *syncope* — prawdopodobne pęknięcie кишки, oraz w innym, gdzie śmierć nastąpiła w 22 godziny po urazach okolicy lędźwiowej (uderzenia kijem), i gdzie dyagnoza wyrokowała: *syncope* — uraz rdzenia, prawdopodobnie z wybroczynami krwi w substancję tegoż — oględziny pośmiertne wykazały, że nie było ani pęknięcia кишки, ani uszkodzenia rdzenia — a że przyczyną śmierci i w jednym i w drugim przypadku było urazowe pęknięcie śledziony z towarzyszącym im wylewem krwi wewnątrzotrzewnowym.

Otóż, wychodząc właśnie z zasady, że drogą mechanicznego oddziaływania na okolicę przerosłej śledziony można w mięszu tej ostatniej wywołać owe drobne pęknięcia *resp.* wybroczyny krwi podotoczkowe, które następnie stają się punktem wyjścia, że tak rzec, leczniczych ognisk sklerotycznych — autor podaje wielce skuteczny, zdaniem jego, — sposób postępowania, przy zastosowaniu którego otrzymywał on pomyślne bardzo wyniki u osobników, dotkniętych

zadawnionem zimniczem obrzmieniem śledziony i zmianami zapalnymi otoczkowemi *Splenomegalia chronica et Perisplenitis*). W przypadkach więc takich, w których ostukiwaniem brzgiem dłoni, stosowaniem pęcherza z lodem, gorących okładów nie można już było żadną miarą osiągnąć zmniejszenia się śledziony, będącej wskutek rozmiarów swoich źródłem uczucia bolesnego i nieznośnego ciężenia, posługiwał się on dość silnem ostukiwaniem okolicy śledzionowej młotkiem po monecie albo płytce metalowej małych rozmiarów. Rękoczyn taki należy powtarzać wielokrotnie w ciągu dnia, po 5 — 6 minut każdorazowo i przy dokonywaniu go przesuwając się stopniowo i bezpośrednio z miejsca na miejsce, włączając w zakres zabiegu całą okolicę przerosłej śledziony.

Opukiwać należy dotąd, aż objawy bliskiego omdlenia (subsunkopalne) ostrzegą, że cel zamierzony w miąższu dopięty został. Požadany wynik otrzymuje się zazwyczaj dopiero po wielu posiedzeniach; teraz stosować należy gorące kataplazmy i zaleci choremu wielodniowe pozostawanie w łóżku. Skutki takiego miejscowego leczenia okazywały się *quo ad locum affectionis* bardzo pomyślnymi: uczucie bolesnego ciśnienia i ciężkości pod wpływem jego znakomicie się zmniejszało, a niekiedy ustępowało niemal zupełnie. Pozatem nie należy zapominać o leczeniu ogólnem, jakie w danym przypadku jest wskazane.

(Archives gener. de Medecine N. 10 — 06).

F. Gr.

80 Na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 9 marca r. b. BOCHEŃSKI przedstawił chorą, u której wyciął włókniak wielkości małej pomarańczy z przedniej ściany

pochwy: za włókniakiem leżały trzy (!!!) krążki maciczne, przez lekarzy wprowadzone. Przypadek ten jest analogiczny z przypadkiem z Lipska, przez referenta w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskim referowanym swego czasu. Chora przybyła do kliniki, krwawiąc: przyczynę znaleziono w krwawiącym guzie światła pochwy wypełniającym. Przy badaniu ściślejsem okazało się, że na tym guzie, wyrosłym *ex portione vaginali uteri*, siedziały aż trzy pessarya obrączkowe MAYER'owskie z białej gumy. Pierwszy krążek założyła jakaś akuszerka z polecenia lekarza wobec *descensus uteri*. Po jakimś czasie chora przyszła ponownie do lekarza, narzekając, że dawne dolegliwości powróciły, że musiała na klozecie chyba kółko zgubić. Każ pani sobie nowe włożyć, odpowiedział lekarz, tak się też stało, niestety, aż dwa jeszcze razy. Rezultat takiej terapii ujawnił się w sposób powyżej podany. Referent niedawno w sekcji ginekologicznej Warsz. Tow. Lek. demonstrował chorą, u której po wyjęciu krążka okrągłego, długo noszonego, widać było na przedniej wardze macicy rozpoczynające się wygórowanie, powstałe *in lumine pessarii*. Jest to pierwszy początek miejscowego przerostu tkanek, którego ostatecznym wynikiem może być taki guz z tkanki łącznej, jaki BOCHEŃSKI w swoim przypadku nazwał: *molluscum fibrosum*. Zdaniem referenta, owo jakoby *molluscum fibrosum* nie było niczem innem, jak odpowiedzią przyrody na nieumiejętne stosowanie wianka.

Na temże posiedzeniu MARS przedstawił dwie położnice po pubiotomii oraz kobietę o wrodzonym przednim rozszczepieniu obrączki miedniczej (*Pelvis fissa*).

Fr. N.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wydział higieny ludowej.
Posiedzenie z dnia 5 kwietnia 1906 r.

D-r Józef JAWORSKI odczytał referat „O sekcje maryawitów ze stanowiska higieny społecznej“. Skreśliwszy pokrótce historię powstania sekty maryawitów, prelegent na zasadzie źródeł wiarogodnych (memoryał maryawitów w organie urzędowym „Ruskoje Gosudarstwo“; własne spostrzeżenia; relacye osób, w tej liczbie i lekarzy, zamieszkających w ośrodkach ruchu sekciarskiego; relacye księży, którzy porzucili sektę, wreszcie sprawozdania z wydarzeń sprawdzonych z ruchu sekty) zestawił podstawowe punkty organizacji i reguły maryawitów.

Reguła ta zawiera trzy śluby: ubóstwa, posłuszeństwa i czystości, nadto różnorodne praktyki religijne i dewocyjne. Zgromadzenie maryawitów składa się z czworakiego rodzaju członków: 1) księży maryawitów, 2) maryawitek, mieszkających przy zakładach dobroczynnych i poświęcających się modłom i pracy; 3) tercyarzy — ludzi świeckich, przestrzegających reguły czystości i pomagających księżom w pracy duchownej; wreszcie 4) adoratorów, obowiązanych modlić się jaknajczęściej i przyjmować Eucharystję.

Gdyby maryawityzm nie był wyrazem średniowiecznej ascezy w życiu i obskurantyzmu w pojęciach, to, pomijając stronę teologiczną kwestyi, jako związek etyczny, mógłby zasługiwać nawet na uznanie. Szerząc przez ubóstwo — umiarkowanie i oszczędność, a przez czystość — wstrzemięźliwość, sprzyjałby urobieniu i poprawie charakteru obywateli, a przez to zasługiwałby na poparcie i ze stanowiska higieny społecznej.

W rzeczywistości zasady maryawityzmu tak, jak są stosowane w praktyce, wywierają na ludność wpływ tylko ujemny.

Ślub ubóstwa, w tłumaczeniu maryawitów, każe wyzbywać się wszelkiej własności i pro-

wadzi do komunizmu posługiwania — się wspólnymi rzeczami, wysoce szkodliwego pod względem kulturalnym i higienicznym. Jak o tem świadczy p. Małkowska dla kółek pracy św. Franciszka, stowarzyszone chodzą we wspólnej bieliźnie i sypiają we wspólnej pościeli. Tłumienie w ludzi dążności do dobrobytu, propagowanie nadmiernej prostoty, której i bez tego nie brak w życiu naszych włościan, prowadzi do zaniedbywania zasad higieny, częstokroć wprost do grubych wykroczeń przeciwko schludności ciała i ubrania i porządkowi w domu.

Zasada bezwzględnej posłuszeństwa pozbawia maryawitów własnej woli. Ponieważ wszystko dzieje się za pomocą łaski przez pośrednictwo Matki Boskiej Nieustającej Pomocy i przez adorację Eucharystyi, więc niepotrzebne jest nauczanie, niepotrzebny ratunek w chorobie, niepotrzebne zrzeczanie się w walce o byt.

Jakkolwiek psychologia współczesna nie uznaje teorii wolnej woli, to jednak przyznać należy, że w życiu praktycznym świadomość jej posiadania nieraz jest potężnym bodźcem do czynu.

Zabijając wiarę w potrzebę wysiłków woli, teoria maryawitów, rozwija w ludzie naszym, skłonny z natury swej do determinizmu, wiary w przeznaczenie, bierność i lenistwo, i to właśnie w okresie tak przełomowym, wymagającym dużo hartu i energii. Praktyki religijne i dewocyjne, nieraz wprost o charakterze fetyszyzmu, już przez to samo, że są wykonywane zbyt często, odwodzą ludzi od pracy i prowadzą do zaniedbania gospodarstwa.

Wreszcie w myśl ślubu czystości maryawityzm propaguje t. zw. małżeństwa ewangeliczne, polegające na odsunięciu się małżonków od pożycia małżeńskiego, przytem bez rozłączenia się małżonków.

Zasada taka — zupełnej abstynencji płciowej w pewnych warunkach, np. w zgromadzeniach zakonnych, może wprawdzie podnosić na-

wet poziom moralny, urabiać charakter i siłę woli, natomiast szerzona wśród ciemnego tłumu, wydaje jaknajmniej utniejsze owoce. Sprzeciwianie się prawu natury bez uchylenia podnieci zewnętrznych prowadzi częstokroć do zboczeń w sferze płciowej i powoduje ciężkie zaburzenia nie tylko w zdrowiu fizycznym, lecz również, jak to się już nawet zdarzało, i w sferze psychicznej.

W niektórych okolicach kraju propaganda maryawitów prowadzi wprost do obłędu zbiorowego, przejawiającego się w postaci mistycyzmu i fanatyzmu religijnego, który doprowadził już nawet, jak wiadomo, do morderstw religijnych. Wiele przykładów, poczerpniętych z wynurzeń i czynów maryawitów, podciągnaćby można pod znane i ustalone postaci chorób umysłowych.

Maryawityzm dziś jeszcze znajduje się w okresie ewolucyjnym, stanowi mieszaninę bezładną różnych teorii i poglądów religijnych i naukowych. Jakiemu losowi ulegnie w dalszym swym rozwoju, jak się odbije w stosunku do ludzi i samego duchowieństwa, przewidzieć niepodobna. Znając wybitnie praktyczny i trzeźwy umysł ludu naszego, jego zdrowy chłopski rozum, jego przeszłość dziejową, można mieć nadzieję, że lud ten nie ulegnie i teraz chorobliwemu mistycyzmowi religijnemu i w ciężkiej chwili dzisiejszej będzie umiał zachować równowagę duchową.

W dyskusji p. Błęszyński zauważył, że przy zwiedzaniu zakładu Kozłowskiej w Płocku krzyczących braków higienicznych w nim nie spostrzegł.

Przewodniczący Wydziału podnosi konieczność ustalenia poglądów inteligencji na maryawityzm. Dotychczas pewne koła inteligencji zajmują względem sekty stanowisko dwuznaczne lub przychylne. Tymczasem chodzi o to, by pośród ludu nie zyskały siły idee, zagrażające jego rozwojowi narodowemu, społecznemu i cywilizacyjnemu.

Zaprzeczano parokrotnie informacjom ujemnym o działalności księży maryawitów, jednakże są fakty stwierdzone: potępienie wszystkich spraw doczesnych — oświaty, dobrobytu.

Z pomiędzy księży maryawitami zostają właściwie ci, którzy w epoce ciężkiego ucisku kleru najbardziej się doń przystosowywali i z nim się godzili. Asceci, którzy już zwycięży-

li swe namiętności, bywają zwykle pobłażliwi dla innych; asceci w okresie tworzenia się, walki — jak maryawici — są okrutni i dla siebie i dla otoczenia. Księża maryawici zyskują sympatię po części przez swą bezinteresowność; jednakże pamiętać należy, że przez tę bezinteresowność budzą obłęd zbiorowy.

D r RYCHLIŃSKI jedną z przyczyn powstania maryawityzmu upatruje w braku klasztorów, któreby zapewniały przytułek różnorodnym psychopatom ascetycznym.

Dwa pierwsze punkty nauki maryawitów dowodzą ich daru organizacyjnego, natomiast zasada czystości w ich tłumaczeniu wkracza już wyraźnie w dziedzinę psychopatologii. Mówca sądzi, że nowa sekta pod względem religijnym nie ma gruntu pod nogami i dla tego niezawodnie upadnie. Przyczyną dotychczasowego jej powodzenia jest ciemnota ludu i umiajętnie wyzyskiwanie sprawy materialnej.

Zapobiedz dalszemu szerzeniu się sekty może tylko uspokojenie kraju, oświata oraz wpływ księży.

Inni mówcy (p. Życki, inż. Szrajber) zaznaczali również potrzebę większej oświaty i gruntownej reformy kleru, którą dotychczas uniemożliwiał gwałtowny ucisk kleru przez rząd.

D-r Wł. ŻENCZYKOWSKI zawiadomił o założeniu i podał opis nowej ochrony na Solcu N. 59, której osobliwość stanowi to, iż część kosztów jej utrzymania (30 rub. miesięcznie) ponoszą ze swych składek robotnicy fabryki „Rogójski, B-cia Horn i Rupiewicz”, dla których dzieci ochrona jest przeznaczona.

Delegaci robotników w liczbie czterech wchodzi w skład zarządu ochrony. Udział ten okazuje się ze wszech miar pożytecznym dla działalności ochrony.

Wypadki udziału warstw ludowych w kosztach prac kulturalno-społecznych dotychczas zdarzały się tylko sporadycznie. Jednakże filantropia jednej warstwy społecznej nie podda olbrzymiej liczbie zadań kulturalnych, jakie nas w najbliższej przyszłości oczekują. Przykłady ofiarności, jak powyższy, dowodzą, że dziś już można odwoływać się o pomoc materialną do sfer robotniczych i ludowych. Odwoływanie się takie będzie miało nawet na nie wpływ wysoce kształcący. Robotnicy np. wspomnianej fabryki zachęceni powodzeniem ochrony, marzą już

o założeniu dla swych dzieci również szkółki jednoklasowej.

Pani Radziwiłłowiczowa w dyskusji popiera gorąco myśl, by rodzice brali udział w kosztach i zarządzie ochron. Pomyślny wpływ tego udziału spostrzega w ochronie Pruszkowskiej.

Na posiedzeniu Wydziału z dnia 19. IV. 1906 r. d-r J. POŁAK odczytał pracę p. t. „Zdrowie publiczne wobec stronnictw i Izby państwowej”. Praca ta drukowana była w „Medycynie” w całości.

Na posiedzeniu z dnia 9 maja r. b. pani A. Chmieleńska z Płocka odczytała referat „W sprawie mieszkań stróżów płockich”, opracowany na zasadzie danych, zgromadzonych przez grono członkiń płockiego oddziału Towarzystwa.

Na 564 posesye Płock posiada 283 stróżów, wraz z rodzinami swemi stanowiących grupę 1297 ludzi; wynika ztąd, że nieraz jeden stróż obsługuje dwie i trzy posesye. Ogromna większość z nich rekrutuje się z pomiędzy wyrobników, nie posiadających żadnego rzemiosła, najczęściej — emigrantów wiejskich. Praca około domu, utrudniona wysoce wskutek braku kanalizacji i wodociągów w przeważnej części domów płockich, zajmuje większości stróżów cały dzień czasu.

Za pracę tę zaledwie $\frac{1}{5}$ część stróżów pobiera od właścicieli zapłatę, przeważnie w ilości od 1 rub. do 3 miesięcznie, rzadko — więcej, niezbyt rzadko mniej jeszcze od rubla; $\frac{4}{5}$ nie pobiera żadnej zapłaty, a 25 dopłaca jeszcze właścicielom za mieszkanie od 2 do 20 rubli rocznie. Ztąd konieczność pracy dodatkowej, choćby dorywczej, poza domem, za którą stróże pobierają od 40 do 60 kop. dziennie.

Z pośród 283 mieszkań stróżowskich w Płocku naliczono 13 dwupokojowych. Wszystkie te mieszkania oznaczono, jako wilgotne; cztery — bardzo wilgotne. Do dwóch stróże, nie pobierając zasług, dopłacają jeszcze 8 i 10 rub. rocznie; w jednym stróзка za dodatkową izbę, odnajmowaną za rub. 17 rocznie, daje gospodarzowi całoroczną usługę domową. Mieszkań suterrenowych naliczono 111.

Z tych w 53 znaleziono schody strome, w 23 korytarze ciemne, w 22 brak drewnianych podłóg, w 2 brak nawet okienek. Przeciętna objętość tych mieszkań wynosiła 32 m. sz., co

przy zaludnieniu przeciętnem 4,6 daje powietrza 8 m. sz. na osobę, podczas kiedy w więzieniach nawet prawo wymaga 11 m. sz. powietrza na osobę. Okna maleńkie, często zupełnie pod ziemią lub do połowy zakryte, często nieotwierane; stosunek powierzchni okna do podłogi wynosi przeciętnie 1 : 22, zamiast prawidłowych 1 : 10. Suchych suterren naliczono tylko 1%. W wielu z tych mieszkań znajdują się zbiorniki i studzienki wody zaskórnej, którą mieszkańcy wlewają codziennie w ilości kilku do kilkunastu wiader. Stałą plagę suterren stanowią szczury. Wogóle z pośród 111 mieszkań suterrenowych znaleziono jedno tylko, które odpowiada elementarnym wymaganiom higieny. Mieszkania parterowe pod względem objętości, zaludnienia i ilości powietrza na osobę cokolwiek tylko przewyższają suterreny. Podłogi — przeważnie drewniane, okna większe (stosunek do podłóg 1 : 13). Odsetka suchych mieszkań tej kategorii wynosi 13%. Największą wadę stanowi tu zimno, często dlatego, iż wejście do nich prowadzi wprost z bramy. Z 98 mieszkań parterowych tylko 4 można było uznać za higieniczne. Przeciętna objętość 65 mieszkań poddaszowych wynosi tylko 26 m. sz., ilość powietrza na osobę tylko 6,5 m., to jest tyle, ile mieści szafa średniej wielkości. W 49 znaleziono schody strome. Stosunek okien do podłóg 1 : 20. Wogóle wygląd tych mieszkań gorszy jeszcze od poprzednich. 10 z pomiędzy tych poddaszy — to przybudówki nad drwalniami, o cienkich ścianach i dachach pełnych dziur (nieraz pochyłych), niesłychanie zimne podczas zimy, upalne w lecie. Tylko jedno poddasze uznano za higieniczne.

Piętrowe mieszkania stróżów względnie najlepsze. Z pomiędzy 9 — cztery pod względem obszaru i światła odpowiadają wymaganiom higieny. Przeciętna objętość, obliczona dla wszystkich mieszkań stróżów, wyniosła 30 m. sz.; przeciętna powietrza na osobę 6,6 m. sz.; odsetka suchych mieszkań 12%.

We wszystkich mieszkaniach naliczono 634 łóżka, czyli że jedno łóżko wypada na 2—3 osób. Tylko 22 rodziny stróżów korzystają bezpłatnie z wody wodociągowej; pozostałe bądź używają wody studziennej, bądź za wodociągową płacą gospodarzom po 4—5 kop. od wiadra. Te ostatnie zużywają zaledwie 1—2 wiader wo

dy dziennie, liczba o wiele niedostateczna dla zachowania czystości i zdrowia. Odsetka alfabetów pomiędzy dorosłymi wynosi 64%, pomiędzy dziećmi w wieku szkolnym 41%. Chęć nauczania dzieci jest ogromna. Starsze dzieci przeważnie pomagają w pracy rodzicom, młodsze — podczas nieobecności rodziców, zamykane bywają w domu na klucz.

W warunkach powyższych chorobowość w rodzinach stróżów jest bardzo wysoka: w chwili zbierania ankiety w 84 rodzinach panowały choroby widoczne i dla oka nielekarza, dzieci zapewne wszystkie cierpią na skrofuly i rachityzm. Odsetka dzieci zmarłych w rodzinach stróżów przekracza 48%. Zanim ogólny postęp oświaty i kultury zmieni obecne ciężkie warunki kraju całego, nacisk opinii publicznej zmusić powinien właścicieli domów do zaprzestania wyzysku stróżów i zapewnienia im stałej płacy i widnych suchych mieszkań.

W dyskusji d-r WERNIC stwierdza, że ankieta analogiczna w Kaliszu dała bardzo podobne wyniki (ogromny % mieszkań suterenowych, brak stałej pensji, obowiązki policyjne bez dopłaty za nie i t. p.). Oplakane te stosunki powoduje nadmierna podaż pracy. Komisye urzędowe sanitarne pozostają bez skutku.

Wpływ gazet prowincjonalnych na opinię publiczną dotąd był niemal wyłączony wskutek większej zależności od władz oraz stosunków osobistych redaktorów. Należy oświecać stróżów, uświadamiać im zasady higieny. Zdanie to popiera d-r LEBENSBAUM. Często spotyka się b. liche mieszkania stróżów w śródmieściu w pierwszorzędnym domach; przekonywanie właścicieli o krzywdzie tych ludzi skutku nie osiąga. D-r ŁAZAROWICZ sądzi, że krzyżące fakty wyzysku należałoby ogłaszać. Opinia publiczna czasem wpływa jednakże i na właścicieli domów. Pożądaniemby było wyjaśnić, czy stróże mieszkają gorzej od najuboższej ludności miast wogóle, czy też w warunkach identycznych. P. Białobrzęski zaznacza, że właściciele ubogich

domków częstokroć nie mogą dopłacać stróżom, nieraz sami pełnią ich obowiązki; jest przeciwny agitacyjnemu uświadamianiu stróżów. Przewodniczący zwraca uwagę, że dziś bardzo nie wiele miast w Królestwie ma stróżów, choćby takich tylko, jak w Płocku. Badania mieszkań stróżów, z inicjatywy p. Biernackiego, prowadzono w Lublinie. W Warszawie przed 40 z górą laty zajmował się tą sprawą d-r GREGOROWICZ, następnie wznawiano ją w r. 1882 (spis jednodniowy) i 1891 (ankieta, wykonana przez studentów warszawskich).

Wyniki ankiety z r. 1891 ogłosili prof. KOWALKOWSKI, TROICKI i ŚWIATŁOWSKI. Mieszkania stróżów były wtedy nie o wiele lepsze, niż w Płocku. Od lat 40 jesteśmy świadkami imigracji ludności wiejskiej do miast; tą drogą wzrosła Warszawa, Łódź, Sosnowiec. Dola stróżów to kartka z historyi przystosowywania się emigrującego ludu wiejskiego do życia wielkomiejskiego. Zasluguje na uwagę odporność tej grupy ludności: śmiertelność dzieci stróżów w ohydnych warunkach zdrowotnych nie jest większa, niż na wsi. Może liczba urodzeń jest mniejsza? Dążenie do oświaty, posyłanie dzieci do szkół w takich warunkach jest niesłychane.

Światłowski w swej pracy żądał zniesienia suterenu w okolicach miasta, zalewanego przez Wisłę, suterenu bez podłóg drewnianych, bez okien ponad ziemią. Należałoby postawić następujące postulaty: 1) stróże powinni być we wszystkich domach; 2) ze względu choćby na wielkie znaczenie stróżów dla kultury i bezpieczeństwa miasta elementarne potrzeby ich powinny być zaspakajane; 3) poza uświadamianiem opinii publicznej i samych stróżów niezbędne są ustawy, normujące stosunki powyższe. Galicya posiada w tym względzie odrębne ustawodawstwo dla Krakowa i Lwowa, dla większych i dla mniejszych miast. Sprawę mieszkań dla stróżów powinny też więcej uwzględniać plany budowlane, zatwierdzane przez władze.

Wł. St.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= FLATOW zaleca acidol zamiast kwasu solnego, który jest w smaku nieprzyjemny i ma wiele innych stron ujemnych. Acidol jest to połączenie HCl z betainą, środkiem zupełnie obojętnym; otrzymuje się z melasy (produkt przy fabrykacji cukru buraczanego) w postaci proszku; można go wyrabiać w pastylkach po $\frac{1}{2}$ — 1 grm. Nie oddaje HCl ani pod wpływem powietrza, ani ogrzewania. Pastylki rozpuszczają się łatwo w wodzie. Smak dość przyjemny, podobny do kwasów owocowych. $\frac{1}{2}$ grm. = 5 kroplom HCl. (D. med. Woch. 44 — 05).

= KEHRER w obszernej monografii opisał stosunek fizyologiczny i patologiczny narządów płciowych kobiecych do przewodu pokarmowego, zwłaszcza żołądka. Zestawił on wyniki, jak następuje: 1) wydzielina HCl w żołądku podczas miesiączkowania bywa zmniejszona, po ofitych krwotokach, niezmieniona u osób zdrowych, wzmożona u kobiet nerwowych z krwawieniem skąpem. 2) W pierwszych 6 miesiącach ciąży wydzielina HCl małemu ulega zmniejszeniu. 3) Czynność ruchowa żołądka pozostaje w ciąży niezmieniona. 4) W początku połogu zmniejsza się czynność wydzielnicza żołądka odpowiednio do fizyologicznej utraty krwi. 5) Aż do 11-go dnia podnosi się ilość HCl. 6) Czynność ruchowa w początku połogu zmniejszona. Ślinotok i wymioty ciężarnych są to nerwice odruchowe. 8) Długotrwałe krwawienia wskutek guzów, przemieszczeń i zapaleń macicy i przydatków prowadzą zmniejszenie wydzielania kwasu. To samo dotyczy raka macicy. (D. m. Zg. 10 — 06).

= Na zasadzie 1000 spostrzeżeń w szpitalu berlińskim Moabit COHN mówi o leczeniu

blonicy surowicą. Odsetka śmierci była o połowę mniejsza, niż przed wprowadzeniem surowicy. Z 1000 chorych zmarło 13,6%. Po wyłączeniu dorosłych zostało 907 dzieci; zmarło 14,8%; zrobiono tracheotomię u 259 z 67 zejściami śmiertelnymi (25, 9%). Do czasu wprowadzenia surowicy wyleczono dzieci po tracheotomii 28,8%, obecnie 74,1%. W pierwszych 3 dniach choroby wstrzykiwanie surowicy dawało 9,8% śmiertelności, później 23,5%. Najlepszym miejscem dla iniekcji jest linia środkowa brzucha poniżej pępka; nigdy nie było przytem ropnia. W innych szpitalach berlińskich śmiertelność spadła z 40 do 15%. W jednym ze szpitali, w którym przypadkowo przez 2 miesiące nie można było otrzymać surowicy, śmiertelność odrazu podniosła się do poprzedniej wysokości. (Mitt. aus d. Grenzgeb. T 13).

= KÖLLNER na zasadzie badań w klinice ocznej berlińskiej otrzymał następujące wyniki ze stosowania alipiny w praktyce ocznej: 1) w roztworze 5% już kilka kropel sprowadza znieczulenie rogówki dostateczne do wykonania operacji. 2) Nie spostrzega się działania na mięśnie wewnątrzgałkowe; przy roztworach mocniejszych i w połączeniu z adrenaliną działanie to występuje jasno. 3) Na ciśnienie wewnątrzgałkowe alipina nie działa. 4) Alipina nie kurczy naczyń, jak kokaina. 5) Przy operacjach małych np. wydobywaniu ciał obcych alipina prędzej od kokainy znieczula i nie wywołuje ani rozszerzenia źrenicy, ani zaburzeń akomodacji.

(Berl. kl. W. 42 — 05).

P.

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny i dopielniający codzienne pożywienie środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczegółowej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecięcej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj. — nieprzetworzone!). Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty — jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu — wogóle nie bywają wassane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żółtów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopielniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższym używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwzyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu — prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycji: Apteka na Bolszoi Ochcie w S.-Petersbur. Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców — 2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju). Dla dzieci — 2 łyżek deserowych (bez dodatków). Dla dorosłych — 1 — 2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec sp. yalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaz we wszystkich aptakach. Cena butelki (8 1/4 uncji) rb. l. k. 6 J.

Nikołai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).

Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methylatrop. bromatum.



Surowica antidyftery-
tyczna — Merck'a
Surowica streptokoko-
wa — Menzer'a
Surowica pneumokoko-
wa — Römer'a
Tyfusdiagnosticum —
Ficker'a
Jequiritol — Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy. Służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmiąższowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H₂O₂. Zaleca się jako środek przeciwnie w chirurgii, w praktyce urologicznej, uszu i dentystrycznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephryn

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana

do wstrzykiwań w rurkach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwnie ostrożnościami ze świeżego materiału.

R.P. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.

10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz. Wskazan.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz. morfiny i innych pochodn. tejże.

Bromipin 10%

W oryginalnych fiakonach Merck'a po 100 grm. łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipinu 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.). Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, bladaczka, okres zdrowienia po chorobach. Dział. w małych dawkach, doucie się zuosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych fiakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. jodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych fiakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub miąższowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. jodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzecie rzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoidin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwdawkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwnie, specyfik przeciw nocnym potom suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potom turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zaplazuje się chętnie oryginalne preparaty Merck'a. Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy bezpłatnie.