

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 36.

Warszawa d. 23 Sierpnia (5 Września) 1903 r.

T. XXXI.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Z kazuistyki sądowo-lekarskiej. Podał Jan Dehnel. — KAZUISTYKA. Przypadek płasawicy przewlekłej dziedzicznej (chorea hereditaria Huntingtoni). Podał d-r A. Tumpowski. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. Kilka uwag z powodu dzieła kol. Sokołowskiego p. t. „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych“. — ODCINEK. Z Medycyny Japońskiej. — KRONIKA. — Korespondencya „Medycyny“ z Wrocławia. — Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława od 14 lipca do 14 sierpnia r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w sierpniu r. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Dehnel — Contribution à la casuistique médica-légale. 2) D-r A. Tumpowski — Un cas de la chorée chronique héréditaire.

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

## „MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r J. Dehnel — Aus der gerichtlich - medicinischen Kasuistik. 2) D-r A. Tumpowski — Ein Fall von Chorea chronica hereditaria.

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

## PRACE ORYGINALNE.

### Z KAZUISTYKI SĄDOWO-LEKARSKIEJ.

Podał

JAN DEHNEL

Lekarz powiatowy z Będzina.

(Czytane na posiedzeniu Towarz. Lekar. w Częstochowie).

W dniu 9 kwietnia 1902 r. zmarła we wsi Żeniszewie, gminy Koziegłowy Marya Proszowska, lat około 30. Śmierć jej nastąpić miała nagle, rano chodziła jeszcze, a po obiedzie dostała boleści, wymiotów i życie zakończyła. Dokła-

dniejszej anamnezy o przebiegu choroby nie można było zebrać, gdyż mąż nieboszczki, jedyny świadek jej cierpień, nie miał ochoty dawać wyjaśnień i dawał wymijające odpowiedzi. Zachowanie się męża nie dziwiło mnie wcale, gdyż wieść gminna podejrzewała go o otrucie żony, był on bardzo zmieszany, niespokojny i bał się w swych zeznaniach powiedzieć coś takiego, co by mogło wzbudzić podejrzenie. Że mąż zmarłej był w strachu, objaśniam tem, iż żył z żoną źle, bił ją — mógł więc w swem przekonaniu przyczynić się do jej śmierci. Sąsiedzi, władze wiej-

skie dawali o Proszowskim najgorsze świadectwa, jako o pijaku, pieniaczu etc. W dodatku był aresztowany i publicznie za zbrojnego osądzony. Okoliczności te wywołały konieczność sekcji lekarskiej, którą w obecności naczelnika straży ziemskiej dnia 12 kwietnia 1902 r. wykonałem. Przy oględzinach znaleziono: Trup kobiety lat około 30, wzrostu średniego, odżywianie słabe, nie widać jednak wyniszczenia, skóra i błony śluzowe blade, przy oględzinach zewnętrznych, oprócz dwóch małych siniaków na środkowej części ramion, znaków i śladów obrażeń nie ma. Przy oględzinach wewnętrznych w jamie czaszkowej nie szczególnego nie zauważono, płuca bez zmian chorobowych, serce w rozkurezu, mięsień blady, zastawki gładkie, ruchome; po otwarciu jamy brzusznej płynu nie znaleziono, otrzewna ścienna blada, błyszcząca. Przy pierwszym już wejrzeniu zwracały na siebie uwagę kiszki. Żołądek i dwunastnica zzewnątrz blade, dalszy ciąg kiszek cienkich (*jejunum* i *ileum*) przedstawiał się bardzo oryginalnie: widać, mianowicie, jak pętle kiszek długości 20—30 ctm. są bardzo zmienione, czerwono-fioletowe, nieco mętnawe, wzdęte, przy obmacywaniu palcami okazują jakby zbitą zawartość, za kawałem tak zmienionej kiszki idzie pętla blade różowa, mniej zmieniona lub prawie nie zmieniona, po której znowu następuje pętla ze zmianami, wyżej opisanymi. Wogóle kiszki cienkie przedstawiały się jakby złożone z oddzielnych ogniw, to wybitnie zmienionych anatomicznie, to mniej zmienionych lub prawie niezmienionych. Dodać należy, że z ogólnej długości kiszek cienkich mniej więcej jedna trzecia część przedstawiała wybitne zmiany, w pozostałej części zmiany były wyrażone słabo lub wcale niewyraźne, przejścia od jednych pętlic do drugich stopniowe, jednak rzucające się w oczy przy oglądaniu zawartości kiszek; okazało się, że pętle kiszek, silnie zmienione, są prawie szczelnie napełnione masami glisty ludzkiej (*ascaris lumbricoides*). Kiedy zjawisko to spostrzegłem w jednym z górnych odcinków

kiszki cienkiej, kazałem otwierać po kolei więcej i mniej zmienione pętle kiszek i zauważyć mogłem, że stopień zmian kiszkowych odpowiadał w prostym stosunku liczbie znajdujących się glist; błona śluzowa kiszek czerwona, obrzmiała z nieznacznymi wylewami krwawymi w śluzówce, bez owrzodzeń. Błona śluzowa przedstawia takie same stopniowanie zmian, jakie zauważono na zewnętrznej powierzchni kiszek w zależności od liczby glist. Pewną część glist wyjęto z kiszek i mierzono je, kładąc w odpiłowane przy sekcji sklepienie czaszki — otóż cztery takie czubate porcy wyjęto z kiszek. Robiąc sekcję sądową, nie przyszło mi do głowy na razie, że opisywać będę ten przypadek — dlatego też ścisłych wymiarów kiszek, więcej i mniej zmienionych, nie dokonałem, jak również dokładnej wagi lub objętości znalezionej masy glist. Na zasadzie oględzin trupa wydałem orzeczenie treści następującej: Proszowska zmarła wskutek odruchowego lub toksycznego porażenia serca, wywołanego cierpieniem kiszek cienkich, t.j. rozległego ich zapalenia, obejmującego wszystkie warstwy kiszek z udziałem otrzewny trzewiowej — przy braku zajęcia chorobowego otrzewny ściennej. Cierpienie kiszek objaśniam obecnością masy glist w przewodzie kiszkowym, o czem przekonywa naocznie różny stopień natężenia sprawy zapalnej kiszek w zależności od nagromadzenia glist; śmierć w danym przypadku była następstwem choroby, i nie ma podejrzeń, aby Proszowska zmarła śmiercią gwałtowną.

Według mego zdania, oględziny lekarskie upoważniały dostatecznie do wydania tego rodzaju orzeczenia. Zważywszy wszystkie okoliczności danego przypadku, należy wyłączyć w tym razie śmierć gwałtowną, gdyż nie ma danych, któreby pozwalały podejrzewać zabójstwo lub otrucie. Czy porażenie serca — *proxima causa mortis* — w tym przypadku nastąpiło na drodze odruchowej wskutek zadrażnienia otrzewny drogą splotów i nerwów sympatycznych, czy też wskutek działania toksyn, nagromadzonych w ki-

szkach cierpiących — trudno orzec. Faktem jest jednak, że Proszowska zmarła prędko, że zmiany zapalne kiszek przedstawiały początek zapalenia, że zawartość kiszek makroskopowo nie przedstawiała wysokiego stopnia rozkładu, gdyż oprócz masy glist w kiszkiach nie dostrzeżono większej ilości mas rozkładowych. Wydaje mi się więc najprawdopodobniejszym w tym przypadku przypuścić odruchowe porażenie serca.

Pozwoliłem sobie opisać ten przypadek ze względu na jego rzadkość, gdyż w dostępnej mi literaturze nie spotkałem się z podobnym, jak również dlatego, że przypadek ten nie jest bez znaczenia dla kwestyi patologii przewodu pokarmowego, a w szczególności dla kwestyi *Helminthiasis*. Glista ludzka (*ascaris lumbricoides*), glistnica robaczkowata (*oxyuris vermicularis*) i wnetrzaki płaskie (*cestodes*) — są uwzględniane w podręcznikach klinicznych, chociaż wszyscy autorzy z pewnem niedowierzaniem zapatrują się na te wnetrzaki — jako przyczynę ciężkich objawów chorobowych. Nowsze podręczniki chorób wewnętrznych, jak również dzieła pediatryczne, z jeszcze większym sceptycyzmem traktują *helminthiasis*. JACOUD w swym podręczniku — opierając się na bogatym materiale klinicznym, jest zdania, że wnetrzaki w znacznej liczbie przypadków nie wywołują żadnych widocznych objawów. W innych razach wywołują objawy miejscowe i odruchowe, niekiedy tylko jeden rodzaj objawów. JACOUD dalej wspomina, że rzadko bywają przypadki, gdzie glisty, opuszczając przewód pokarmowy przez żołądek i przelyk — mogą się dostać do krtani i tchawicy i wywołać zaduszenie. Prof. KOTELEWSKI przytacza tego rodzaju przypadek sekcyjny z uniwersytetu charkowskiego. Jeszcze rzadsze są przypadki, w których glisty, zwinąwszy się w kłębek, wywołują objawy niedrożności kiszek lub dostają się do dróg żółciowych, albo do wątroby także do wzrostka robaczkowego lub też skutkiem spraw wrzodziejących i zrostów otrzewnowych do tkanki podskórnej (ropnie z glistami). Mniej wię-

cej to samo spotykamy w kwestyi nas interesującej — u NIEMAYER'a.

Z pediatrów HENOCH w kwestyi *helminthiasis* wyraża się bardzo oględnie — nie odrzuca wprawdzie możliwości pewnych zaburzeń kiszkiowych i ogólnych, powodowanych przez robaki, twierdzi jednak, że osobiście nie widywał ani ciężkich zaburzeń kiszkiowych, ani tembardziej ogólnych. Z licznego materiału klinicznego i praktyki cytuje zaledwie jeden przypadek, gdzie dosyć ciężkie zaburzenia kiszkiowe i ogólne, niepokój, bredzenie, lekki obłęd, silne drżenie ciała ustąpiły 10 dnia po odejściu dwóch dużych glist.

Inni pediatrzy dzielają poglądy HENOCH'a. JACOUD, NIEMAYER, HENOCH i inni uczeni i klinicyści starszej daty zmniejszyli znaczenie wnetrzaków — jako przyczyny ciężkich zaburzeń i przypadłości chorobowych. Młodsza generacja klinicyistów zdaje się jeszcze bardziej ogranicza znaczenie wnetrzaków w patologii. W przekonaniu ogółu, mniej więcej inteligentnego, robaki nie przestały grać wielkiej roli, i rodzice zbyt często przypisują robakom najróżnorodniejsze objawy chorobowe swych pociech — a nawet dorośli nierzadko przychodzą do lekarza z dyagnozą, że robaki im dokuczają.

A cóż lekarze? Młodsza generacja lekarzy podziela sceptyczne zapatrywania swych przewodników i podręczników klinicznych. Przypadek, który przytoczyłem, wskazuje, że nie należy pozbawiać wnetrzaków znaczenia w patologii, że mogą być one przyczyną zejścia śmiertelnego, jak w cytowanym przypadku, na drodze zupełnie innej — niż podają podręczniki. Według mego zdania, przy podejrzeniu obecności robaków w przewodzie pokarmowym należałoby się starać ustalić rozpoznanie drogą badania kału, w którym łatwo wykryć jajka wnetrzaków i rozpoznać rodzaj pasorzyta.

Przy braku chęci do nieprzyjemnego, bądź co bądź, badania kału, myślałbym, że zastosowa-

nie próbne leków przeciw robakom powinno mieć szersze zastosowanie, ponieważ leki te, jeśli niema specjalnych przeciwwskazań, bezkarnie stosować można.

Na zasadzie 800 sekcji, które wykonałem w przeciągu 17 lat mego urzędowania, mogę stwierdzić, że robaki przy sekcjach nie zdarzają się zbyt często, jednak się zdarza w kiszkiach po większej części kilka lub kilkanaście egzemplarzy. Dla czego więc nie starać się usunąć tych nieproszonych gości, tembardziej, że ostatnimi czasy dają się słyszeć głosy, że glisty w przewodzie pokarmowym, czy to same przez się mechanicznie, czy też sprzyjając sprawom rozkładowym w kiszkiach i rozwojowi grzybków chorobotwórczych, powodują tak częste powstawanie spraw chorobowych wyrostka robaczkowego. MIECZNIKOW wypowiedział przypuszczenie, że zaniedbanie stosowania środków przeciw robakom i tolerowanie robaków w kiszkiach jest przyczyną tak częstych obecnie zapaleń wyrostka robaczkowego, choroby, która dawniej, przy stosowaniu *larga manu antihelminthica*, występowała znacznie rzadziej.

II. Dnia 28 maja 1902 r. wykonywałem badanie zwłok Jana Wieczorka, lat 19, zmarłego w Będzinie po operacji, dokonanej przez byłego ucznia felczerskiego, raczej fryzjerskiego, Maślankiewicza. Sekcja, wykonana w obecności kolegów KRÓLIKOWSKIEGO i WEJNIZIEHERA, wykazała bardzo wybitną błądź powłok zewnętrznych, błon śluzowych i trzew. Na szyi z prawej strony znaleziono ranę długości  $7\frac{1}{2}$  centymetra, równoległą do linii środkowej i odległą od niej na 2 centymetry, rana była zaszyta 4 szwami, a w dolnej części śród skrzepów krwi widać było rodzaj tampona z gazy. Po otworzeniu rany zauważono na szyi dużą jamę, skrzepami krwi wypełnioną, tkanki otaczające przepojone krwią — w głębi rany zięjące naczynia (*arteriae thyroid. sup et inf.*) i kawałek gruczołu tarczowego, odcięty niedaleko linii środkowej tuż przy tchawicy. Przypadek z dzie-

dziny chirurgii niezwykle! Śmiałość operatora przechodziła wszelkie granice, chcąc więc, aby sprawa należycie była przedstawiona — prosiłem kolegów, abyśmy wspólnie napisali protokół sekcyjny i orzeczenie lekarskie, które brzmiało: znaleziona rana na szyi u Wieczorka była zrobiona w celu wykonania operacji bardzo poważnej wycięcia prawego zraza gruczołu tarczowego, którego pozostały kawałek widać w ranie. Taki sposób wykonania operacji bez podwiązania naczyń mógł być zastosowany przez osobę, nie mającą pojęcia o operowaniu. Zastosowany w danym razie sposób operowania musiał się skończyć śmiercią wskutek krwotoku, który rzeczywiście miał miejsce, na co wskazują: błądź powłok, trzew i t. p. Śmierć nastąpiła w przeciągu pierwszej godziny po operacji, i rana, zadana Wieczorkowi, należy do kategorii śmiertelnych. Wieczorek to ofiara, zarznięta przez samozwańczego chirurga, który wykonywał praktykę lekarską bezprawnie i bez wszelkiego naukowego przygotowania.

Sprawa poszła na drogę sądową. Sędzia śledczy zakwalifikował występki do artykułu 1458, który grozi katogą — lecz izba sądowa zastosowała inny artykuł, według którego Maślankiewiczowi grozi niezbyt ciężka kara.

III. Sekcja, 16 sierpnia 1902 r. dokonana na trupie Izydora Piotrowskiego lat 35. Robotnik ten z gub. Witebskiej pracował ciężko przy układaniu toru kolejowego, mężczyzna kolosalnej budowy i dobrego odżywiania, czuł się niedobrze, miał bóle głowy i piersi — raptem upadł i życie zakończył. Oględziny trupa wykazały objawy zastoinowe w trzewach brzusznych, powiększenie wszystkich gruczołów limfatycznych (zaoskrzelowych, brzusznych), *cor bovinum* z mięśniami dosyć twardym, czerwonym, zastawki nieco zgrubiałe, rozszerzenie aorty równomierne, sięgające poniżej łuku bez charakteru jednak tętniaka; na ścianie wewnętrznej aorty masa ziaren żółtawych, równomiernie rozsianych i tworzących jakby siatkę, nad tylną zasłonką

aorty szczelina wielkości ziarna konopi, przez którą wchodzimy między zupełnie rozdzielone ściany aorty; rozszczępienie to sięga aż do aorty brzusznej; w zewnętrznej ścianie aorty, tuż przed wyjściem z osierdzia, druga szczelina, przez którą krew, pierwotnie wylana między ściany aorty — wylała się w ilości do 300 grm. do rozszerzonego kolosalnie worka osierdzia. Płynną krew i skrzepy znaleziono też w krtani, z powodu jednak wadliwej techniki sekey i porozrywania płuc przy wyjmowaniu, nie mogłem znaleźć drogi, którą się krew tam dostała.

Pęknięcie aorty u człowieka młodego, przy braku tętniaka i przy braku widocznego ścieńczenia ścian, chociaż chorobą dotkniętych (*endoaortitis*), przedstawia przypadek rzadki i godny uwagi. Zmiany aorty wywołały kolosalny przerost serca, gdyż innego powodu nie znalazłem przy sekey. Cierpienie naczyń, według mego zdania, miało podkład kiłowy, czego dowodem powiększenie wszystkich gruczołów i jakby blizna na napletku. Do ściśle naukowego wyzyskania przypadku brak badań mikroskopowych; niestety, nie przyszło mi na myśl zabrać części organów do zbadania. (Podobny temu przypadek przytacza PONFIK).

IV. Bronisława Rutkowska, lat 30, 18 sierpnia 1892 r. wpadła pod pociąg, chcąc wskoczyć do ruszającego pociągu, wypadek miał miejsce około godziny 2 po południu — wieczorem była przywieziona do szpitala. Stan bezgorączkowy, puls 110, chora dobrze odżywiana, bardzo blada, silna duszność i wybitna sinica, skarży się na

osłabienie, apatyczna. Na prawej nodze nad kostką wewnętrzną rana, poprzecznie idąca, 7 ctm. długa, dochodzi do ścięgien, na lewej nodze kilka siniaków, na plecach i w okolicy piersiowej kręgosłupa — kilka sińców.

W lewym płucu w dolnej części z przodu i z tyłu stępienie, oddech i drżenie głosowe osłabione, wyżej ponad osłabionym oddechem — szmer oddechowy z odcieniem oskrzelowym, serce przemieszczone na prawo. Chora zmarła na drugi dzień wieczorem przy objawach wzmagającej się duszności, sinicy i osłabienia. Sekeya wykazała: *ruptura diaphragmae* z lewej strony w kierunku przedniotylnym, brzegi pęknięcia podbiegnięte, dosyć równe; w jamie brzusznej 90 grm. krwi i skrzepów. W lewej opłucnie, pękniętej równolegle do przepony, połowa rozdętego żołądka i lewy płąt wątroby. Zwracam uwagę na ten przypadek ze względu na trudność rozpoznania. Najprawdopodobniejszem wydawało mi się pęknięcie płuca z następczym wylewem krwawym do opłucny, w ten sposób mogłem wytłumaczyć sobie wszystkie objawy. Rozpoznanie pęknięcia przepony, wogóle bardzo trudne — w danym przypadku było niemożliwe wobec braku jakiegokolwiek objawu, któryby myśl w tym kierunku skierował.

V. Stanisław Podczaski, lat 38, w sierpniu 1902 r. zmarł w dwie, czy trzy godziny po wypiciu 30 grm. czystego karbolu. Sekeya dokonana była na zupełnie świeżym trupie — i zmiany anatomo-patologiczne były bardzo charakterystyczne.

## K A Z U I S T Y K A.

## Przypadek płasawicy przewlekłej dziedzicznej

*(chorea hereditaria Huntingtoni).*

Podał

D-r A. Tumpowski (Irkuck).

Wymieniona w nagłówku postać płasawicy nosi nazwisko lekarza amerykańskiego HUNTINGTON'a, który pierwszy w r. 1872 zapoznał z nią świat lekarski. Pomimo, iż od tego czasu minęło lat przeszło 30, przypadków tego cierpienia opisano dotychczas bardzo niewiele, i z tego głównie względu uważam za stosowne podać tutaj opis spostrzeganego przeze mnie w roku bieżącym przypadku. Obraz zewnętrzny płasawicy dziedzicznej nie różni się niczem istotnym według opisujących ją autorów od zwykle napotykanych w tem cierpieniu u dzieci podrastających ruchów mimowolnych. Różniącą płasawicę HUNTINGTON'owską cecha zawiera się jedynie w dziedziczności bezpośredniej (homologicznej) samej choroby, występującej w danej rodzinie przez wiele generacyi, oraz w zjawieniu się jej w wieku późniejszym około lat 35 — 40. Jako dalsze różnice podać można jej nieuleczalność i długotrwałość oraz występujące w dalszym jej przebiegu ciężkie zmiany umysłowe. Wszystkie te cechy odnajdujemy i w naszym przypadku.

Ł. 40 lat, niezamężna, w ciąży nigdy nie była. Matka jej zmarła w młodym wieku. Chóra, niezapytywana o to, z własnej inicjatywy opowiada i powtarza przy następnych wizytach, iż matka jej chorowała na to samo cierpienie, któremu ona obecnie podlega. W jakim wieku matka umarła, nie wie, lecz mówi, iż była nie bardzo stara, i wzmiankowane cierpienie towarzyszyło jej do samej śmierci. Jedyna siostra pacjentki jest zdrowa. W dzieciństwie chorowała Ł. na szkarlatynę i ospę. Obecne cierpie-

nie chorej, która do jego powstania pracowała, jako pokojówka, rozpoczęło się przed 4 laty bez żadnych widocznych przyczyn. Około tego czasu zaczęły się zjawiać drgawki, początkowo wyłącznie w mięśniach rąk. Stopniowo wzmacniały się one co do natężenia, a zarazem ogarniały coraz większą liczbę mięśni, tak, iż od 3 lat pacjentka nie może pracować. Po za tem uskarża się na osłabienie, brak apetytu, niekiedy rozwolnienie oraz na to, iż drgawki przeszkadzają jej spać, chodzić i jeść. Dodam jeszcze, iż chóra od 2 lat jest pupilką przytułku dla starców i kalek.

*St. praesens.* Podczas wchodzenia chorej do pokoju rzucają się natychmiast w oczy liczne nieprawidłowe bezładne ruchy. Chodząc potrząsa to jedną, to drugą nogą, zgina i wyprostowuje je w kolanie, o ile zaś ruchy te chwilowo się uspokajają, zwraca uwagę mocna rotacja prawej kończyny nazewnątrz, wskutek czego prawa stopa i jej palce są również mocno nazewnątrz skierowane. Podczas chodzenia zjawiają się też często i inne ruchy: nagłe zginanie i wyprostowywanie tułowia, podnoszenie i opuszczanie barków oraz szybkie ruchy głową naprzód, wtył lub w obie strony. Wszystkie te ruchy nie ustępują też, gdy chóra siedzi na krześle, przyczem od czasu do czasu zjawia się na krótką chwilę względny spokój. W samym zjawianiu się ruchów niepodobna dojrzeć jakiejś prawidłowości w ich następstwie i natężeniu. Na pytania chóra odpowiada głosem bezdźwięcznym, drżącym, chwilami zaś mowa raptownie urywa się na krótki moment, i chóra pomimo wysiłków nie może nic powiedzieć. Gdy na żądanie wysuwa język, nie może go długo bez przerwy utrzymać w tem położeniu: wysunięty język coraz to się cofa, to nanowo wysuwa. Na twarzy bez przerwy zmieniają się najróżnorodniejsze miny, w rzadkich zaś chwilach spokoju twarz jest zu-

pełnie bez wyrazu. Oczy są wciąż nieco przyknięte; na żądanie otwiera oczy z widocznym wysiłkiem i z niezbyt pomyślnym wynikiem; czynny opór przy usiłowaniach biernego otwarcia mocno zamkniętych powiek jest bardzo słaby. Gałki oczne nie przyjmują żadnego udziału w ruchach mimowolnych i nie okazują żadnych śladów oczopląsu. Żrenice są umiarkowanie zwężone i prawidłowo oddziałują na światło i akomodację. Łyka chora dobrze, lecz częste drgania w obrębie kończyn górnych stanowią poważną przeszkodę podczas aktu jedzenia.

Co do kończyn górnych, to obie one wykonywają wszelkie możliwe ruchy równie szybko, bezładnie i nieprawidłowo, jak i kończyny dolne, przyczem od czasu do czasu w palcach obu rąk występują też powolne ruchy zginania i wyprostowywania, przypominające atetozę. Prócz tego wyraźnie daje się zauważyć, iż ruchy płasawicze w obrębie kończyn górnych daleko gwałtowniej i częściej zjawiają się po stronie prawej. To samo przy baczniejszej obserwacji powiedzieć można o kończynach dolnych: mimowolne ruchy występują po obu stronach, są one jednak niewątpliwie częstsze i żywsze w prawej nodze.

Przy oglądaniu i obmacywaniu rąk, nóg i szyi wyraźnie widzi się i wyczuwa szybkie skurcze w rozmaitych mięśniach i grupach mięśniowych, najwyraźniej atoli w mięśniach ksobnych i dwugłowym uda oraz w mięśniu mostko-objęczyko-sutkowym. Skurczów włókienkowych nie dostrzega się. Odruchy okostnowe kończyn górnych żywe, równie jak odruchy kolanowe i Achilles'a, które nie przedstawiają widocznych różnic po obu stronach. Objawu BABIŃSKIEGO brak (przy drażnieniu podeszew palce zginają się ku podeszwom). Czućie dotykowe i bólowe, dość trudne do zbadania przy stanie umysłowym pacjentki, o którym będzie niżej mowa, nie przedstawia, o ile się zdaje, wybitniejszych zboczeń.

Gdy głowę chorej mocno ująć i niejako unieruchomić w pewnym położeniu, wtedy przez dość długi przeciąg czasu (5 — 10 minut) trzymają ją ona spokojnie w nadanej pozycji: zarówno ruchy mimowolne głowy, jak i miny na twarzy ustają zupełnie lub też zjawiają się nader rzadko i znacznie słabiej, niż zwykle. To

samo spostrzega się przy danym jej rozkazie siedzenia spokojnie: ruchy bezładne twarzy, głowy, kończyn i tułowia stają się wtedy bez porównania rzadsze i słabsze, niejako szczałkowe; chora siedzi zupełnie spokojnie, i tylko od czasu do czasu zjawia się słabe drgnięcie w jakiejś okolicy ciała. Stan taki trwa jednak nie dłużej, niż 5 — 10 minut. Chora też z łatwością na rozkaz zasypia: we śnie tym (niewątpliwie hipnotycznym) nie oddziałują na uklucia, pod wpływem odpowiedniej sugestji siedzi i leży niemal zupełnie spokojnie, znacznie lepiej też wtedy chodzi, a bardzo rzadko zjawiają się podczas snu drobne drgnięcia to w ręce, to znów w nodze. Stan ten można dowolnie przedłużać, trzymałem w nim chorą niekiedy do trzech kwadransy: można było wtedy zauważyć, iż absolutny niemal spokój mięśniowy w początku w miarę coraz dłuższego trwania snu coraz częściej zakłócany bywał przez drgawki, nigdy jednak ruchy mimowolne nawet w przybliżeniu nie dorównywały pod względem siły i częstości spostrzeganym w stanie zwykłym. Z chwilą przebudzenia się atoli (po odpowiedniej sugestji albo też i bez niej) chora natychmiast wracała do zwykłego opisanego już stanu. We śnie zwykłym, według jej słów i świadectwa otaczających ją w przytulku współtowarzyszek, drgawki nie ustawały; są one wtedy na ogół o wiele słabsze, niekiedy jednak wzmagają się tak znacznie, iż chora się przebudza.

Co do stanu ogólnego pacjentki, to jest ona bardzo wychudzona, cera ziemista, skóra i mięśnie wiotkie. Gruba siła mięśniowa w obu rękach jest nieznaczna, jednak łatwo zauważyć, iż siła uścisku rąk po stronie lewej jest o tyle mniejsza, niż po prawej, iż różnicy tej nie można uważać za normalną. Również i w kończynach dolnych można stwierdzić znaczną przewagę siły po stronie prawej w porównaniu z lewą zarówno przy ruchach czynnych, jak i biernych z oporem.

Narządy wewnętrzne nie przedstawiają zmian wybitniejszych. Tętno 64 — 70, prawidłowe, łatwo uciskalne. Tętno serca czyste, lecz przytłumione. Oddech pęcherzykowy. Brzuch niebolesny przy ucisku. Wątroba i śledziona nie wyczuwalne. Mocz nie zawiera białka, ani cukru.

Umysłowy stan chorej przedstawia zmiany dość wyraźne. Nastrój jej jest smutny i przygnębiony, przeważa w nim zupełna apatya, a niekiedy, rzadko zresztą, zjawia się płacz. Chora pojmuje wszystko, co się do niej mówi, i daje zupełnie dokładne odpowiedzi na zapytania, dotyczące jej lat, życia poprzedniego, historii jej choroby i t. p.. Otaczające ją osoby nie dostrzegały nigdy objawów podniecenia. Uderza jednak zupełne nieokazywanie żywszego zainteresowania się zadawanymi jej pytaniami: na wszystko daje ona odpowiedzi krótkie, monotonnym głosem, nie zmieniając wyrazu twarzy i nie okazując żadnego wzruszenia. Czytać i pisać nie umie. Liczy dość dobrze względnie do swego rozwoju umysłowego. Niekiedy trzeba kilkakrotnie powtarzać pytania, zanim się otrzyma odpowiedź. Wogóle stan jej umysłowy przedstawia stan ogólnego, choć niezbyt mocno rozwiniętego przytępienia i niedołęztwa umysłowego, ogólnego zwolnienia czynności intelektualnych.

Od stycznia r. b. miałem sposobność dość często widywać chorą, i stan jej przez ten czas nie uległ żadnej widocznej zmianie.

Rozpoznanie, zdaje się, w tym przypadku żadnych powątpiewań nie nasuwa. Późny początek cierpienia, wyraźny płasawiczny charakter ruchów mimowolnych, dziedziczne ich zjawienie się, przewlekły przebieg oraz zaburzenia umysłowe — składają się na obraz tak charakterystyczny, iż rozpoznanie płasawicy HUNTINGTON'owskiej nie ulega chyba żadnym zarzutom w tym przypadku. Na wyróżnienie zasługują może objawy lewostronnej hemiparezy, który to objaw zaznaczony zresztą był i przez innych spostrzegaczy, którzy cierpienie to opisywali, oraz nieznaczące i w obu dłoniach występujące ruchy atetotyczne, które wogóle dość często kombinują się z ruchami płasawiczymi i są z nimi niewątpliwie w ścisłym powinowactwie.

## KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Kilka uwag z powodu dzieła kol. Sokołowskiego p. t. „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych“. Część II. Choroby płuc. Warszawa. 1903.

Kol. SOKOŁOWSKI swój pomysł napisania podręcznika klinicznego chorób dróg oddechowych szybko i wytrwale doprowadza do skutku. Przed półtora rokiem niespełna wyszła część I wykładów klinicznych, obejmująca choroby oskrzeli, a już obecnie mamy przed sobą część II, która stanowi obszerny tom o 500 stronicach druku. Podobna wytrwałość zasługuje przede wszystkim na zaznaczenie, zwłaszcza w naszym społeczeństwie, które bynajmniej nie grzeszy tą

enotą. Ileż to dzieł w naszej literaturze lekarskiej zaczęto i nie dokończono! Przypominam tylko Anatomię patologiczną BRODOWSKIEGO, Psychiatrię PŁASKOWSKIEGO i wiele innych podręczników, pozaczynanych w Bibliotece dzieł lekarskich, wydawanej przed 30 laty przez GIRSZTOWTA, które nigdy już nie doczekały się końca. Ten sam los grozi podręcznikowi chirurgii RYDYGIERA, którego pierwszy tom wyszedł w r. 1886, oraz podręcznikowi chorób narządu trawienia, zaczętemu przez REICHMANA przed laty w wydawnictwie Gazety Lekarskiej. Autorowie zwykle tłumaczą się zniechęceniem wskutek braku pokupu, zapominają jednak, że dzieło, wychodzące częściami, nie tak łatwo znajduje



nabywców, każdy bowiem czeka końca, nie chcąc narażać się na zawód wskutek przerwy w wydawnictwie. Zresztą u nas autor dzieł naukowych powinien być przygotowany na pewne ofiary, autorstwo u nas nie jest i długo jeszcze nie będzie intratnym zajęciem; spełnia się tylko obowiązek względem własnego społeczeństwa.

Wracając do dzieła kol. SOKOŁOWSKIEGO, nie będą w obecnym sprawozdaniu przytaczał szczegółów, chcę tylko zwrócić uwagę na ogólne jego właściwości, na sposób wykładu, układ dzieła, oświetlenie faktów i t. p.

Co do wykładu, to wiadomo, że w podręcznikach patologii i terapii szczegółowej utarły się już dwa odrębne sposoby. Jeden, używany zwykle w podręcznikach niemieckich, polega na opisie abstrakcyjnego typu każdej choroby, wszelkie zaś zboczenia od typu podawane są mniej lub więcej szczegółowo przy opisie specjalnej symptomatologii. Drugi, stosowany przez autorów francuskich, zwłaszcza dawniejszych (nowszy naśladują pod tym względem Niemców), polega na szczegółowym opisie przypadków konkretnych, i dopiero na ich zasadzie rysuje się mniej lub więcej dokładny obraz zasadniczego typu oraz jego odmian. Sposób pierwszy jest może ściślejszy, ale suchy, abstrakcyjny, wymagający ze strony czytelnika znaczniejszego natężenia uwagi, drugi zaś jest więcej obrazowy, łatwiej wdraża się w pamięć, ale za to jest mniej ścisły, gdyż każdy obraz, uogólniany ze spostrzeżeń, jest, bądź co bądź, sztuczny, ogólnikowy i nie odpowiada w zupełności rzeczywistym zjawiskom. Przy pierwszym sposobie opisu gatunek chorobowy stanowi jeden zasadniczy typ bez odmian, zboczenia od typu dotyczą tylko pojedynczych objawów; przy drugim zaś całość gatunku chorobowego rozpada się na obrazy zasadniczego typu i całego szeregu odmian. Ztąd wypływa wyróżnianie przez zwolenników tego sposobu, francuskich klinicystów, licznych postaci jednej i tej samej choroby. Niewątpliwie oba te sposoby wykładu mają swoje dobre i złe strony. Kol. SOKOŁOWSKI umiał dość udatnie połączyć oba te sposoby. Zasadniczo trzyma się wykładu typu abstrakcyjnego, jak to widzimy w podręcznikach niemieckich, w szczegółowym jednak opisie rysuje często obrazy odmian na tle spostrzeganych przez siebie przypadków. Ten

sposób wykładu bardzo udatnie zastosowany został przy opisie zapalenia płuc nieżyłowego. Jest to gatunek chorobowy, który ze względu na liczne zboczenia w objawach nie nadaje się do opisu abstrakcyjnego, to też żaden podobny opis w dobrych nawet podręcznikach niemieckich nie daje dokładnego pojęcia o tej chorobie. Kol. SOKOŁOWSKI, stosując skombinowany sposób wykładu, skreślił sprawę tę wybornie, jasno i zrozumiale. Opis zapalenia płuc nieżyłowego stanowi w jego podręczniku może najlepszą i najwięcej oryginalną część.

Autorowie francuscy, posługując się w opisie gatunków chorobowych obrazami klinicznymi odmian, wpadają w przesadę i wyróżniają nieskończoną liczbę postaci, co niewątpliwie czyni wykład chaotycznym i, zamiast ułatwiać przez obrazowość, utrudnia przez nadmierne rozczłonkowanie. Wszak to jeszcze SENECA powiedział: „*simile confuso est, quidquid usque in pulverem sectum est*“. Z tego powodu należy dokładnie zdać sobie sprawę, co właściwie trzeba pojmować pod nazwą odmiany, postaci. Kol. SOKOŁOWSKI pod tym względem słusznie zwraca uwagę, że każda odmiana zależy: 1) od własności indywidualnych chorego ustroju, 2) od natężenia przyczyny chorobotwórczej, 3) od lokalizacji zmian patologicznych i nakoniec 4) od powikłań. Słowem, każda odmiana musi mieć jakąś podstawę etiologiczną. Kreślenie odrębnych postaci klinicznych na zasadzie tylko pewnych objawów jest szkodliwą przesadą. Jeżeli opisy postaci klinicznych mają przynieść korzyść czytającemu, musi w nich być utrzymana pewna miara. Miarę tę SOKOŁOWSKI umiał utrzymać, i to właśnie stanowi wielką zaletę jego dzieła.

W układzie chorób płuc autor trzymał się zwykłego podziału anatomo-patologicznego. Opisuje więc najpierw zaburzenia w krwiobieg (przekrwienie, obrzęk, zakrzep i zator), następnie jest mowa o rozedmie i niedodmie płuc; z kolei autor przechodzi do opisu zapaleń, które dzieli na ostre (włóknikowe, nieżytowe, ropne, zgorzel) i przewlekłe, a w końcu opisuje nowotwory, syfilis płuc, pasorzyty, rany i ciała obce. Układowi temu przy obecnym stanie naszej nauki nie zarzucić nie jesteśmy w stanie. Jest on przedewszystkiem zupełny, nie pomija nawet spraw bez wielkiego klinicznego znaczenia. Je-

dynie to tylko tutaj dodać moglibyśmy, że rozdział, poświęcony semiologii krwotoku płucnego, byłby może odpowiedniejszy przy opisie gruźlicy w następnej 3 części obecnego dzieła.

Co do oświetlenia faktów, to autor przede wszystkim miał na myśli znaczenie praktyczne swego podręcznika. Teorie podaje w krótkości; również i daty anatomo-patologiczne podane są zwięźle o tyle tylko, o ile są potrzebne dla zrozumienia faktów klinicznych. Główną uwagę autor zwraca na stronę kliniczną chorób płuc, i ta strona właśnie została dokładnie i wyczerpująco opracowana. Na zaznaczenie zasługuje zwłaszcza rozpoznawanie różniczkowe, zawierające wiele cennych uwag. Wszystkie choroby płuc zostały przez autora prawie jednakowo i dokładnie opracowane. Do najlepszych rozdziałów zaliczyłbym, jak już wspomniałem, opis zapalenia płuc nieżytowego, do najsłabszych zaś rozdział, traktujący o przekrwieniu płuc. Kol. SOKOŁOWSKI widocznie w opisie ostrego przekrwienia płuc nie tyle opierał się na własnym doświadczeniu, ile na pracach klinicystów francuskich. A szkoła francuska w tej sprawie grzeszy niewątpliwie przesadą. Bezstronna obserwacya przekonywa, że ostre przekrwienie płuc nie jest ani tak częstą, ani tak poważną sprawą. Oddawna w praktyce prywatnej zwracałem uwagę na obraz kliniczny ostrego przekrwienia, podawany w podręcznikach francuskich, i wszędzie, gdzie obraz ten spostrzegałem, w dalszym przebiegu stwierdzić można było inne poważniejsze zmiany płuc i opłucny. Samoistnego ostrego przekrwienia płuc, jako choroby *sui generis*, stwierdzić nigdy nie mogłem. Nie wierzę również w to, aby

z samego przekrwienia płuc bez obrzęku mogła nastąpić śmierć.

Leczenie w podręczniku kol. SOKOŁOWSKIEGO jest krótkie, może zanadto krótkie, jak na dzieło, przeznaczone dla praktycznego użytku. Wprawdzie autor w opisie leczenia nie pominął żadnego zabiegu, ani żadnego środka, czyni to jednak więcej po kronikarsku, bez podania umotywowanych wskazań. Szkoda, że autor nie poświęcił więcej czasu tej sprawie i nie podał umotywowanych wskazań, jako punktów wytycznych leczenia, tembardziej, że w literaturze naszej posiadamy w tym względzie odpowiedni wzór w wybornej metodzie CHAŁUBIŃSKIEGO. Dzieło przez to wiele zyskałoby choćby tylko na oryginalności i kolorycie swojskim.

Również szkoda wielka, że autor przy opisie chorób nie podał historycznych uwag o rozwoju odpowiednich pojęć patologicznych w nauce. Brak znajomości historii medycyny uczuć się daje powszechnie wśród lekarzy, co bynajmniej nie wpływa dodatnio na głębsze zrozumienie zasadniczych kierunków w naszej nauce.

Pomimo tych braków, które zresztą brakami może są tylko z mojego osobistego punktu widzenia, dzieło kol. SOKOŁOWSKIEGO jest niewątpliwie bardzo cenne i rzetelnie zbogaca naszą ubogą literaturę. Może powodzenie tego dzieła skłoni innych wybitnych naszych klinicystów do podjęcia dawno odczuwanej potrzeby opracowania innych działów patologii i terapii szczegółowej.

Władysław Biegański.

## ODCINEK.

### Z MEDYCYNY JAPOŃSKIEJ.

Lekarze japońscy. Nowoczesne piśmiennictwo Japonii. Z zoologii japońskiej. Shinagama. Imubacco s. Tocconibacco. Kubisagarī. Kakke s. Beri-beri.

Podał

D-r med. HENRYK HIGIER.

Od ostatniej wojny chińsko-japońskiej, w której japończycy wykazali swoją wyższość kulturalną i strategiczną nad liczebnie ogromem

przytłaczającymi ich chińczykami, przyzwyczaił się Europejczyk niechęć do sentymentalizmu filojapońskiego. Wszelkie pierwiastki twórcze, z krainy mikada importowane, rozpatruje przez różowe szkła tej bezwiednej sympatii. To też pewne odłamy prasy powitały w ostatnich latach malarstwo japońskie jako objawienie sztuki potężnej, zachwycającej siłą uczucia i mocą ekspresji, z której winniśmy czerpać naukę i technienie; inne podziwiała potęgę dramatu ja-

pońskiego i jego wykonawców, finezyę szczegółów i wdzięk poezji, rzekomo przejmujący realizm w odtwarzaniu wzorów życiowych, w subtelizowaniu przejawów uczuć, mimiki, ruchów, gry fizyognomicznej. W malarzach, dramaturgach i aktorach egzotycznych europejczyk-dziennikarz skłonny był widzieć rywali najświetniejszych gwiazd kontynentu, porównywając—*sit veniū verbo*— geniusz japoński do geniuszu greckiego. Uwielbienie i pogoń za egzotycznością rozpoczęły formalny kult barbarzyństwa.

Nie ulega żadnej wątpliwości dla nieuprzedzonego, że w ruchu tym garstka szczerych wielbicieli stylu japońskiego, przejętych indywidualnością sztuki japońskiej, sugerowała cały legion krzykaczy i bazgraczy bezkrytycznych oraz pseudo-entuzjastów, przesyconych kulturą i tęskniących za naiwnością w sztuce, za czemś mglistym, mistycznym, nieokreślonym, któremu zwykło się nadawać nazwy pięknie brzmiące, jak weryzm, symbolizm, impresjonizm, modernizm, dekadentyzm *et tutti quanti*, których ścisłego określenia nikt atoli dotychczas podać nie umiał. Wszak „wo der Begriff fehlt, da kommt das Wort zur Hilfe“, dowodził jeszcze przed stu laty w jednej ze słynnych polemik swoich GOETHE.

Artyści-malarze z cudnej krainy chryzantemów, klasyczny repertuar dramatyczny Japonii, naiwno-jasiekowi aktorzy z Tokio nie mogą w żaden sposób nam europejczykom kulturalnym dać zadowolenia duchowego. Upatrujemy we wszystkim mniej sztukę, a więcej zajmujący dokument historyczno-etnograficzny. Zupełnie inaczej rzecz się ma z krainą wiedzy ścisłej, ze sztuką lekarską, o której słów kilka skreślić zamierzam.

W dziedzinie medycyny teoretycznej i praktycznej pojęcia estetyczne żadnej prawie roli nie odgrywają, a miara obiektywna jest wspólna wszystkim rasom i narodom, czasom i krajom. O ile nasza europejska całówka krytyczna nie wystarcza nam do bezstronnego mierzania japońskiego malarstwa, dramatu i talentów aktorskich, o tyle nie odmawia ona nigdy, gdy mowa o medycynie, nauce i sztuce, *κατ'εξοχήν* niezależnej od wszelkich wpływów ubocznych.

Nie medycynę starożytną, ludową japońską mam na myśli, gdyż ta nie wiele się różni od ludowego lecznictwa innych szczepów europejskich azyatyckich, lecz o medycynie nowoczesnej,

która w każdym calu wzoruje się na naukowej europejskiej. Pod tym względem Japonia przechodzi okres wstępny, żyje w czasach przebły-sków i przedświtów, na rubieżach nowej epoki u wrót cywilizacji. A sądząc po świetnym wstępie, możemy się po niej spodziewać w przyszłości bardzo wiele. Medycyna europejska dopiero w ciągu ostatniego 25-lecia stopniowo znajdowała wstęp do Japonii, a zdobywa ona ją coraz bardziej przebojem. Młodsze pokolenie lekarzy zarzuciło zupełnie lecznictwo ludowe, traktując medycynę starożytną, jako zabytek historyczny, a poświęciło się wyłącznie studiom nad medycyną europejską. I postępy też czynią ogromne i szybkie!

Japonia posiada swoje wyższe zakłady naukowe, swoje biblioteki publiczne <sup>1)</sup>, swój uniwersytet z kwitującym wydziałem lekarskim, z klinikami i pracowniami, po europejsku urządzone, swoje laboratoria chemiczne, anatomo - patologiczne i bakteriologiczne. W Japonii wychodzi wiele pism japońskich, poświęconych medycynie naukowej (np. Tokyo'ska Gazeta Lekarska). W ostatnim dziesięcioleciu zaczęły wychodzić pisma lekarskie w języku niemieckim (większość bowiem japończyków kształciła się dawniej w Niemczech), że wspomnę o dawnych „Mitteilungen der medic. Fakultät der Kaiserl. japan. Universität zu Tokio“ i o nowszej „Neurologia, Centralblatt für Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und verwandte Wissenschaften“. Pomijam liczne prace wartościowe, ogłaszane przez lekarzy japońskich (KITASATO, KURE, SHIMAMURA, SHIGA, MIURA, MIYAKE, SAKAKI) w różnych europejskich, zwłaszcza niemieckich, pismach lekarskich.

\* \* \*

Jak dalece rozwinięta jest praca naukowa w Japonii, przekonywa ogrom prac oryginalnych,

<sup>1)</sup> Jeden z ostatnich zeszytów „Droit d'auteur“ ogłasza statystykę produkcji literackiej Japonii w latach 1900—1901, z której pozwolę sobie przytoczyć kilka nader wymownych cyfr. Otóż w roku 1900 pojawiło się dzieł 18100, publikacji peryodycznych 661, a w r. 1901 tychże: 19466 i 1192. Ruch wydawniczy ciągle się wzmaga. pojawiają się prace zwłaszcza z zakresu ekonomii, prawa, medycyny i sztuk graficznych. Jedyne liczba przekładów maleje ustawicznie, wynosząc w latach 1900 — 1901: 111 i 35. Publicznych bibliotek posiada Japonia 16, biblioteka cesarska w Tokio liczyła 420000 tomów i 133000 czytelników w r. 1901.

wy ogłoszonych na zeszłorocznym Zjeździe lekarzy japońskich w Tokio. Interesując się bliżej działem neuropatologii, przytaczam spis głównych odczytów, wypowiedzianych z tej specjalności. A imponuje on niewątpliwie zarówno tem, że obejmuje całokształt wiedzy nowoczesnej, jak i tem, że składają się nań wyłącznie prace, w Japonii wykonane i przez Japończyków, gdyż ze względu na odległość Tokio od ośrodków kultury europejskiej lekarze europejscy żadnego w Zjeździe udziału nie brali:

TAGUCHI — Waga mózgow japońskich.

NAKAIZUMI — Z histologii nerwu wzrokowego i siatkówki.

IRO — Z chirurgii mózgowia.

TASHIRO — Widzenie w ciemności.

MARHUMO — Brzuchomówstwo w Japonii.

HIRAI — *Sclerosis multiplex postmalarica*.

KURIMOTO — Leczenie wodowstrętu.

YAMAGATA — 6 przypadków trepanacji u epileptyków.

SATO — Z medycyny sądowej złamań czaszki.

MORI — Z kliniki ropni mózgowych.

HATANO — Siła widzenia Japończyków.

INOUE — *Neuritis optica retrobulbaris* przy *Anchylostomiasis duodenalis*.

IYESAKA — Zaburzenia wzroku u alkoholików.

OGAVA — Wartość rozpoznawcza odruchu współczulnego źrenicy.

OHARA — Choroby nerwowe ssawców podczas miesiączki matek.

HIROTU — Etiologia zapaleń mózgu u dzieci.

YAMADA — Biegunka nerwowa.

KURE — O katatonii.

MIYAKE — *Echolalia et Echopraxia*.

MIURA — Z *myastenii*.

KURE — Zbiór objawów *erythromelalgiae* przy *kakke*.

MINE — O afazji.

YAMAMOTO — Przyczynę do *autoenucleatio bulbi* u obłąkanych.

YAMANE — Badanie umysłowo chorych w więzieniach.

ASAI — Nieco z elektroterapii.

MURYAMA — Choroby nerwowe po tyfusie brzuszny.

SHIMOSE — Własna metoda badania odruchu kolanowego.

SAKAKI — Przypadek rodzinnego porażenia napadowego.

TANO — demonstracje neuropatologiczne.

MATSUBARA — Anatomiczne zmiany w układzie nerwowym przy doświadczalnym otruciu wysokowem.

IKEDA — *Distomum pulmonale* w mózgu.

KURE — Włókienka nerwowe i teoria neuronów.

KUSOMOTO — Z dziedziny *dystrophiae muscul. progres.*

KITUBAYASH — Wyniki leczenia w zakładach dla umysłowo chorych w Tokio za r. 1901.

OKADA — Objaw paluchowy BABIŃSKIEGO

IMURA — *Othaematoma* u obłąkanych.

YAMAGAMI — *Thrombosis sinus et Meningitis basil. olitica*.

SUMIKAWA — Toksyna tężcowa.

MOMOSE — *Meningitis cerebrospinalis epidem.* i jej mikroorganizm.

OSHIDA — Szczepienie zapobiegawcze przy *lyssa*.

SONOYE — Samobójstwo.

KATAYAMA — Odurzenie patologiczne u pijaków.

KATAYAMA — Alkoholizm i choroby umysłowe.

\*

\*

\*

(D. n.)

## K R O N I K A.

Ze spraw zdrowotnych.

Sezon t. zw. cholery dziecięcej panuje w całej pełni, biegunka letnia przerzedza, jak corocznie, szeregi dziatwy, a przyczynę tej wielkiej śmiertelności wśród dzieci stanowi przeważnie spożywanie niezdrowego mleka. Gdyby ten produkt, będący głównym pokarmem małych jego spożywców, był im dostarczany w postaci mniej szkodliwej, z pewnością nie widzielibyśmy latem tylu trumienek, wiezionych codziennie na Brudno i Powązki.

Kwestya zdrowego mleka nabrała w ostatnich czasach tem większego znaczenia, że przekonano się, iż sterylizowanie mleka bywa przyczyną t. zw. choroby BARLOW'a, której częstosć wzrosła jednocześnie z rozpowszechnieniem stosowania wyjałowionego mleka wśród dzieci. Gdy zatem intensywne gotowanie mleka, mające na celu zabicie zawartych w niem drobnoustrojów, okazało się szkodliwym, tem ważniejszą stała się sprawa dostarczania mleka wolnego od bakteryi.

Jakie oplakane stosunki u nas pod tym względem panować muszą, łatwo się domyśleć, wysłuchawszy skarg lekarza berlińskiego ENGEL'a na mleko, w stolicy Niemiec spożywane. ENGEL boleje nad stroną higieniczną obór berlińskich, których naliczył około 700. Mała tylko część mieszkańców, powiada, jest w stanie sprowadzać mleko z wielkich zakładów mlecznych, w których dobywanie go odbywa się według najsurowszych przepisów higieny. Pojęcie higieny bardzo często jest równoznaczne z pojęciem czystości, a ta pozostawia wiele do życzenia w oborach, z których przeważna część dzieci berlińskich czerpie swój pokarm. Mleko, sprowadzane z targu, roi się od wszelkiego rodzaju drobnoustrojów i zawiera w jednym litrze około 10 mg. substancyi suchej, złożonej z brudu, pochodzącego z resztek żywności i ekskrementów krowich. Jeżeliby mleko było przezrocyste, to już

wskutek tych dodatków nabrałoby wyglądu tak nieapetycznego, że usunęlibyśmy je z rzędu artykułów spożywczych. Ponieważ bakterye znajdują w mleku bardzo pożywną glebę i odpowiednie dla siebie warunki termiczne, więc rozwijają się niesłychanie szybko, produkują toksyny, zanim mleko zdąży skwaśnieć, przyczem późniejsze gotowanie nie może ich uczynić nieszkodliwymi. Dla zaradzenia złemu, radzi ENGEL ustanowić kontrolę nad oborami, któraby przestrzegala, aby przed dojeniem wymiona i części otaczające były myte wodą ciepłą z mydłem i następnie wodą letnią oplukane i wytarte do suchości, i ażeby zaraz po wydojeniu mleko było silnie ochładzane. Projektodawca berliński wymaga, aby kontrolą zajęli się lekarze w ten sposób, by wytłomaczyli właścicielom obór znaczenie i wartość tych środków zapobiegawczych, by od czasu do czasu starali się sprawdzać, o ile owe środki są w czyn wprowadzane, tudzież by osobiście i za pomocą wywieszonych w swoich poczekalniach ogłoszeń kierowali matki do tych mleczarni, w których można otrzymać dobre pod względem higienicznym mleko.

Wystąpienie ENGEL'a nie pozostało bez skutku. Członkowie zarządu stowarzyszenia mleczarzy berlińskich oświadczyli gotowość polecenia stowarzyszonym wspomnianych przepisów higienicznych, a jednocześnie zgłosiła się garstka lekarzy gotowych do objęcia kontroli nad oborami. Uchwalono utworzenie pewnej liczby okręgów kontrolujących. Ponieważ jednak sprawa dobywania mleka w oborach nie wyczerpuje jeszcze całkowicie strony higienicznej tej kwestyi, ponieważ nie mniej ważne jest domowe przygotowanie zdrowego mleka, więc właściciele obór otrzymać mają w licznych egzemplarzach wydrukowane przepisy przygotowywania mleka w domu, które bezpłatnie wręczane będą odbiorcom.

W ten sposób zamierzają w Berlinie ograniczyć odsetkę śmiertelności wśród dzieci z powodu biegunki letniej, a myśl ta nie powinna być i u nas przebrzmieć bez echa, zaś Towarzystwo Higieniczne miałooby tu wdzięczne pole do rozwinięcia pożytecznej działalności.

Ze sprawą mleka wiąże się wszczęty przed dwoma laty spór co do różnorodności gruźlicy ludzkiej i bydła rogatego. Przed rokiem mniej więcej pisaliśmy w „Medycynie“ o doświadczeniach, jakim lekarz paryski GARNULT postanowił poddać własny swój ustrój dla dowiedzenia niesłuszności teorii KOCH'a. D-r G. wszczepił sobie kilkakrotnie perlicę w przekonaniu, że z pewnością zarazek się przyjmie, że zatem niema różnicy pomiędzy gruźlicą ludzką a bydłą. Historycznie przebieg doświadczeń d-ra G. przedstawia się w sposób następujący: 17 czerwca 1902 roku d-r G. w obecności świadków lekarzy zaszczerpił sobie w szlachtuzie paryskim na uszkodzoną skórę lewego ramienia rozartą tkankę gruczołu, pochodzącego od świeżo szlachtowanej krwi gruźliczej. Po kilku tygodniach na miejscu tem utworzyły się małe guziczki, które GARNULT określił, jako *tubercula verrucosa cutis*; dalszych zmian miejscowych, ani ogólnych nie było. 15 lipca tegoż roku znowu wobec świadków lekarzy d-r G. wprowadził sobie pod skórę lewego ramienia kawałek gruźliczej wątroby wołu i ranę zaszył. Na miejscu wszczepienia utworzyła się przetoka, z której wydobywała się ropa. Wszystkie ropą tą wszczepione króliki padły. W końcu przetoka zamknęła się, pozostawiwszy po sobie ograniczone stwardnienie. Ogólny stan G. był ciągle doskonały. 12 listopada r. zeszedł go dał sobie G. owo stwardnienie wyciąć i złożył preparat do zbadania w instytucie PASTEUR'a. Połowę preparatu wszczepiono trzem królikom, u których potem stwierdzono wyraźną sprawę gruźliczą, drugą połowę zbadano pod drobnowidzem i znaleziono typowe gruzelki bez zserowacenia i bez laseczników. Guziczki skórne, powstałe po pierwszym wszczepieniu, również były wycięte i zbadane, przyczem nie wykryto w nich laseczników gruźlicy, króliki zaś, którym owe guziczki wszczepiono, pozostały zdrowe.

Pozornie więc doświadczenia GARNULT'a przemawiałyby za słusznością teorii KOCH'a o różnorodności gruźlicy i perlicy, ale z jednego aktu wniosków takich wyprowadzać nie wolno.

Może inny osobnik, mniej odporny, niż GARNULT w tych samych warunkach zaraziłby się gruźlicą, d-r G. bowiem jest człowiekiem herkulesowej budowy i zdrowia, waży przeszło 100 kg., ma wysokości 180 ctm. i znajduje się w sile wieku męskiego. Poświęcenie więc bohatera-lekarza tym razem na nic się nie zdało i sprawę różnorodności czy tożsamości gruźlicy ludzkiej i bydłowej nie rozstrzygnęło. Prawdopodobnie nie prędko odpowiedź stanowiącą na to pytanie otrzymamy, a tymczasem nadzór nad mlekiem krowiem i mięsem wołowym pozostanie i nadal nieodzownym.

Wracając jeszcze raz do dziatwy, wspomnieć muszę o komitecie międzynarodowym, mającym co 3 lata urządzać zjazdy dla narad nad higieną szkolną. Pomiędzy członkami komitetu znajduje się nazwisko prof. BUJWIDA z Krakowa. Na zjazdach rozpatrywane być mają sprawy następujące: 1) higiena budynków i urzędzeń szkolnych, 2) higiena internatów, 3) metody badań, 4) higiena nauczania, 5) przepisy higieniczne dla nauczycieli i uczniów, 6) wychowanie fizyczne młodzieży szkolnej, 7) choroby i stany chorobowe oraz służba lekarska w szkołach, 8) szkoły pomocnicze dla upośledzonych umysłowo, oddziały równoległe i repetycyjne, kursy dla jękałów, szkoły dla głuchoniemych i ociemniałych oraz kalek, 9) higiena młodzieży szkolnej poza szkołą, kolonie wakacyjne oraz wieczory towarzyskie, 10) higiena ciała nauczycielskiego. Nie ulega wątpliwości, że sprawa zjazdów, mających na celu poprawę strony higienicznej szkolnictwa, jest potrzebą nagłą, wywołaną coraz bardziej rozwijającą się nerwowością i wyczerpaniem młodzieży szkolnej. Względy te skłoniły wiele społeczeństw do założenia stowarzyszeń higieny szkolnej, jakiem w Niemczech jest związek ogólny pielęgnowania zdrowia młodzieży szkolnej, we Francji — Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles, w Szwajcaryi Towarzystwo higieny szkolnej, w Anglii Society of medical officers of schools, w Holandyi Antwerpskie Algemeen paedologisch Geselschap i t. d. Nasze Towarzystwo Higieniczne ma, wprawdzie, także wydział higieny szkolnej, ale, jak dotychczas, oprócz rozpraw, nie obdarzyło nas niczem więcej. Tymczasem, w Europie nie tylko piszą, nie tylko rozprawiają

ale i działają w najrozmaitszych kierunkach. Oto na przykład ciekawy obrazek z życia londyńskiego. W godzinach rannych na ulicach Londynu widzieć można prawie codziennie gustowny, zaopatrzony w dwa łóżka powóz ambulansowy, w którym znajduje się pielęgniarka i garstka dzieci siedzących lub leżących. Wehikuł ten z napisem: powóz szkolny służy do przewożenia dzieci—kalek do szkoły. Po większej części są to biedactwa, dotknięte przewlekłymi cierpieniami kości, zapaleniem stawu biodrowego, kolumny kręgosłupowej i t. d. Codziennie odstawia się je do szkół, gdzie otrzymują stosowne do uzdolnienia wykształcenie. Na obiad dostają strawę pożywną, za którą każde dziecko płaci kilka groszy. Pielęgniarka, która dzieci zawozi do szkoły i odwozi do domu, opatruje także ich rany, w razie potrzeby wiezie je do szpitala i daje rodzicom odpowiednie wskazówki co do zachowania czystości, diety i t. d. Obecnie Londyn rozporządza 8 takimi szkołami, lekcye trwają od 9½ do 12 i od 1½ do 3. W czasie przerwy dzieci dostają obiad, odpoczywają i, o ile można, bawią się na powietrzu. U nas o kształceniu szkolnem

takich nieszczęśliwych kalek mowy nie ma, ale nie tylko tego nam brak, wiele jeszcze innych spraw z dziedziny szkolnictwa leży odłogiem. To też, gdy się widzi coś w rodzaju opisanego obrazka lub słyszy o czemś podobnem, mimowoli przychodzi na myśl, jak mali jesteśmy i jak dalecy od poziomu kultury europejskiej. Pewne pojęcie o tym poziomie daje zeszyt 150 statystyki państwa niemieckiego, w którym znajdujemy zestawienie porównawcze śmiertelności mieszkańców rozmaitych państw Europy w drugiej połowie ubiegłego wieku. Okazuje się, że w Niemczech pomiędzy rokiem 1841 a 1850 umierało na 1000 mieszkańców 26,8, zaś pomiędzy 1891 a 1900 tylko 22,2; w Austrii w okresie pierwszym — 32,8, w drugim — 23,6; we Francji — 23,3 i 21,5; w Anglii — 22,4 i 18,2; w Belgii — 24,4 i 19,1; w Holandyi — 26,2 i 18,4; w Danii — 20,4 i 17,4; w Szwecyi — 20,6 i 16,3; w Norwegii — 18,2 i 16,2; w Szwajcaryi w ostatnim dziesięcioleciu śmiertelność wynosiła 19,4‰, we Włoszech — 24,7‰; na Węgrzech — 29,7‰, a w Rosyi europejskiej..... 33,5‰.

*Zygmunt Srebrny.*

## Korespondencya „Medycyny“.

*Wrocław d. 20 czerwca 1903.*

Od dłuższego czasu do Wrocławia z różnych stron zjeżdżają się lekarze: jedni w celu nabycia nowych wiadomości, drudzy w celu odświeżenia zasobów swej wiedzy, inni wreszcie w celu zapoznania się z tutejszemi urządzeniami klinicznymi. Zwłaszcza chirurgów pociąga głośne nazwisko prof. MIKULICZA, dzielnego chirurga klinicysty i światłego i niejednostronnego teoretyka.

Ponieważ naszych młodszej generacji chirurgów tu nigdy nie brak, a i starsi nieraz zaglądną, to dziwny jest nawet brak w naszej prasie lekarskiej wiadomości o Wrocławskiej chirurgii. Chcąc wypełnić tę lukę, postaram

się w krótkich słowach przedstawić tutejszą klinikę chirurgiczną z obszerniejszem uwzględnieniem opisu ortopedycznej polikliniki, której poznanie było celem mego przyjazdu do Wrocławia.

Kliniki uniwersytetu Wrocławskiego zbudowane są w ogrodach przy ulicach Maxstrasse, Thiergartenstrasse i am Hobrechts Ufer. Każda z nich stanowi pewną całość i od innych oraz od gospodarczych i administracyjnych budynków oddzielona jest drucianym plotem. W stylu mniej więcej gotyckim, ze ścianami zewnętrznymi, wykładanymi gładką czerwoną cegłą, miejscami emaliowaną — przedstawiają prawdziwe pałace. Jedna tylko otologiczno-laryngologiczna, widocznie starsza, stanowi coś w rodzaju

willi lub banalnej struktury pałacyku. Ogrody po za klinikami, ogródki przed budynkami, klomby — wszystko utrzymane z elegancją zdumiewającą. Na każdym kroku dbałość o wygodę przychodzących, zaczynając od wszelkich objaśniających napisów, kończąc na urządzeniach do zostawiania rowerów. Klinika chirurgiczna frontem zwrócona jest do pięknej ulicy — Thiergartenstrasse.

Właściwie od samej ulicy jest dwupiętrowy korpus, w którym na dole mieszczą się po lewej stronie urządzenia sterylizacyjne, skład materiałów opatrunkowych, pokoje do mycia chorych, pokoje dla chorych, oczekujących w łózkach na operację i w szczytce sala operacyjna stanowiąca przybudówkę do gmachu.

Z prawej strony są poczekalnie dla chorych poliklinicznych, poliklinika chirurgiczna i dalej jeszcze na prawo parterowa dobudówka, mieszcząca pracownię rentgenowską i poliklinikę ortopedyczną.

Do obu poliklinik jest osobne wejście od ulicy. Z głównego przedsionka schody wiodą na piętra, gdzie są mała sala wykładowa, pokój profesora, biblioteka, pracownia fotograficzna i mieszkania asystentów i siostr. W suterrenach są kotły do ogrzewania i sterylizacji, pracownia chemiczno-mikroskopowa, mieszkania służby, a pod polikliniką ortopedyczną warsztaty ortopedyczne.

Opisany tylko co korpus prostopadłym do swego przebiegu korytarzem tak na dole, jak i na pierwszym piętrze łączy się z właściwą kliniką, którą stanowi jednopiętrowy długi gmach. W środku naprzeciw korytarza jest duża sala wykładowa, mająca boczne i górne oświetlenie, boczne siedzenia stopniowo coraz wyższe dla słuchaczy i naprzeciw okna od strony korytarza na pierwszym piętrze rodzaj chóru także dla słuchaczy.

Po obu stronach pod siedzeniami studentów są małe pokoiki podręczne, a dalej mamy po jednym z każdej strony pokoju z wyjściem na korytarz. W tych pokojach czekają chorzy, mający być pokazywani na wykładzie.

W tej części gmachu wzdłuż biegnie korytarz, z którego są wejścia do wani, do oddzielnych pokoików dla chorych, do wind i schodów, prowadzących do ogrodu i na piętro. W końcu korytarza są drzwi do ogólnej sali dla

chorych. Okna sal z jednej strony wychodzą na ogród, z drugiej na rodzaj bocznego otwartego korytarza lub werandy.

W szczytce sali są pokoje opatrunkowe. W suterrenach mieszczą się kotły, mieszkania służby, pracownia bakteriologiczna, podręczne pracownie chemiczno-mikroskopowe i pokój do doświadczeń na zwierzętach.

Za kliniką w ogrodzie stoi parterowy barak izolacyjny dla chorych na różę, ropówkę, posocznicę i inne ostro-zakaźne postacie cierpienia chirurgicznych. Barak ten na 14 łóżek ma salę opatrunkowo-operacyjną, kilka pokoiów po 1, 2, 3 łóżka, wanny, pokoje dla służby i lekarza i stanowi sam w sobie mały oddział chirurgiczny. Lekarz, ordynujący w nim, pracuje prócz tego w poliklinice, a z resztą kliniki ma stosunkowo małą styczność.

Kiedy przyjechałem do Wrocławia, prof. MIKULICZ był w Ameryce. Klinikę prowadził prof. KAUSCH, b. asystent prof. NAUNYNA w Strasburgu i od kilku lat asystent tutejszej kliniki chirurgicznej. Jest to chirurg z bardzo gruntownym wykształceniem lekarskim, co też widać z jego wykładów, w których chętnie omawia przypadki, wkraczające w zakres chorób wewnętrznych i nerwowych. Mówi szybko, dużo, jasno, bez wdawania się w szczegóły.

Wykłady mają charakter czysto praktyczny: przedstawienie jaknajwiększej liczby chorych, omówienie ważniejszych objawów, rozpoznanie choroby i uzasadnienie tegoż, wszystko poparte rysunkami, fotografiami, światłocieniami ROENTGENA, preparatami makro- i mikroskopowymi.

Już to rentgenografia ma w klinice tutejszej wielkie zastosowanie. Każde bez wyjątku gruźlicze cierpienie kości i stawów, zapalenie szpiku kostnego, nowotwory kończyn, złamanie kości, najmniejsze złamanie lub podejrzenie tegoż i mnóstwo t. p. rzeczy — są prześwietlane i negatywy pokazywane słuchaczom. Daje to możność porównywania, dokładniejszego przedstawiania sobie trudniejszych rzeczy (naprzykład złamania spiralne), rozstrzyganie wczesne niektórych trudności dyagnostycznych w rodzaju *coxa vara*, *osteomyelitis*, i t. d..

W sali wykładowej dokonywane są, chociaż względnie rzadko, wobec wszystkich słuchaczy niektóre operacje, jako to: nakłucia lez-



nicze i rozpoznawcze, nastawianie zwiechnięć, amputacje, operacje osteoplastyczne. Raz widziałem gastrostomię sposobem WIRZEL'a i cięcie brzuszne z powodu gruźlicy otrzewny.

Wszystkie prawie czyste operacje dokonywane są w wielkiej sali operacyjnej, która stanowi ozdobę kliniki Wrocławskiej. Sala ta, zwrócona na północ, ma z trzech stron okna, zajmujące prawie całe ściany. Prawie cały dach jest też oszklony. Z dwóch stron przy oknach urządzone są schodki dla widzów, odgrozione łańcuszkiem od reszty sali.

Podłoga w sali terrakotowa, ściany wykładane kaflami, drzwi rozsuwane lub zasuwane. W sali jest tylko kilka umywalni pedałowych, kilka lusterek i krany z różnymi płynami oraz dwie szafki oszklone, wmurowane w rogach—zupełnie puste. Reszta — wszystko, przenośne, każdej chwili usuwalne.

Chorych przed operacją myją w sąsiednich pokojach, oddzielnych dla kobiet i dla mężczyzn, na stołach operacyjnych, poczem chorego usypiają i przywożą do sali. Mycie odbywa się w ten sposób, że po ogoleniu, wyszorowaniu wodą z mydłem i dokładnem wymyciu spirytusem mydlanym skórę opłukują sublimatem i pokrywają kompresem.

Bardzo często operują jednocześnie na dwóch stołach. Dobrze wyćwiczony posługacz podaje narzędzia. W razie dwóch operacji w jednym czasie narzędzia podaje także jeden z asystentów. Chory jest otulony wyjałowionem

prześcieradłem, ręce i nogi ma przywiązane do stołu szerokimi pasami. Dla zapobieżenia uciskowi i ztąd niekiedy powstającym przykrym porażeniem pod ręce i nogi podkładane są miękkie poduszeczki.

Przed zaczęciem operacji rozcinają opaski, odwijają kompresy, które pokrywały pole operacyjne, i okrywają chorego wyjałowionem prześcieradłem z dziurą na pole operacyjne. Głowę oddzielają płócienną wyjałowioną przegrodą na ramach, przytwierdzanych do stołu. W ten sposób możliwość zanieczyszczenia kompresów i rany przy wymiotach podczas uspienia jest zupełnie wyłączona, usypiający lekarz, maski, butelki i t. p. są odgrozione od operujących. W nogach stoi pokryty wyjałowioną serwetką stolik na trzech nogach, którego blat znajduje się ponad stołem nad nogami chorego i służy do składania podręcznych narzędzi.

Do usypiania używają wyłącznie prawie eteru. Choć widok chorego, który ma twarz nieraz aż sino-czerwoną, oczy zażawione i czerwone, usta pełne piany, który kaszle i ręży, jak gdyby miał obrzęk płuc, nie należy do przyjemnych, jednakże przez cały czas pobytu tutaj nie widziałem najmniejszych niepokojących objawów, jak to, niestety, tak często bywa przy chloroformowaniu. Lekarze usypiający zwykle też są spokojniejsi, mniej skupieni, wogóle pewniejsi.

(D. n.).

## Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława.

za czas od 14 lipca do 14 sierpnia r. b.

Miesiąc sprawozdawczy, jako miesiąc letni, obfitujący w owoc, odznaczał się znaczną liczbą przypadków zaburzeń przewodu pokarmowego: biegunka krwawa oraz tyfus brzuszny wystąpiły na pierwszy plan, choć przebieg był dość łagodny, i tylko jeden przypadek tyfusu zakończył

się śmiertelnie. Stosunkowo z latami poprzednimi mniejszą liczbę chorych na biegunkę krwawą objaśnić należy względnym nieurodzajem owocu oraz brakiem upałów. Za to w pierwszej połowie sierpnia zaczęły coraz liczniej przybywać cięższe przypadki płonicy o przebiegu złośli-

wym. Nietylko w rozmaitych punktach Warszawy, lecz i na prowincyi, a nawet po za granicami płonica się wzmacnia, i to nasilenie epidemii, jak wskazują sprawozdania z lat poprzednich, stale wzrasta wraz z przyjazdem do szkół młodzieży i nieuniknionem skupieniem się większej liczby dzieci po powrocie z wakacji. Dlatego należałoby ściśle przestrzegać, aby chory był należycie odosobniony od reszty otoczenia nie tylko podczas okresu gorączkowego, lecz do chwili zupełnego zniknięcia łuszczenia się skóry (co w zwykłych warunkach w domu prywatnym rzadko jest wykonalne), i aby mieszkanie wraz z rzeczami chorego było odkażone.

Z poprzedniego miesiąca pozostało chorych 88 (m. 39, k. 49), przybyło 156 (m. 72, k. 84), w tej liczbie 20 osób z okolic zamiejskich; wyzdrowiało 122, wypisała się z poprawą jedna chora, przewieziono do innych szpitalów 12 chorych, zmarło 12; pozostało na miesiąc następny chorych 104 (m. 45, k. 59).

Biegunka krwawa, która liczebnie zajęła najwybitniejsze miejsce, mieliśmy przypadków 28 (m. 16, k. 12) o przebiegu względnie łagodnym; przypadku śmierci nie było. Chorzy rekrutowali się z warstw najbiedniejszych, źle odżywianych, a najwięcej dostarczyła ich Praga. Mianowicie chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Targowa 38, Stalowa 9, Wileńska 25, Kowieńska 5, Ząbkowska 36, Łomżyńska 13, Zaokopowa 842, Chłodna 40, Ogrodowa 42, Krochmalna 89, Leopoldyna 12, Leszno 15, Łucka 15, Pańska 95, Elektoralna 7, Miedziana 16, Bednarska 7 (dwa przypadki), Kacza 5, Podwale 11, Senatorska 16, Krakowskie Przedm. 38, oraz ze wsi Żerań, Siennica, Saska Kępa, Wola i Koło.

Ostrego zapalenia żołądka i kiszek mieliśmy przypadków 7, również z dzielnic najbiedniejszych, mianowicie trzy przypadki z ulicy Szwedzkiej 23 oraz po jednym przypadku z Czerniakowskiej, Smoczej 33, Wolskiej 35 oraz ze wsi Burakowa. Wszyscy chorzy wyzdrowieli.

Tyfus brzuszny przybyło przypadków 24 (m. 13, k. 11), czyli znacznie więcej, niż w miesiącach poprzednich. W dodatku zauważyć należy, że kilka przypadków zdarzyło się w środku miasta, tuż obok siebie, co rzuca niekorzystne światło na warunki zdrowotne w da-

nej dzielnicy. Mianowicie, chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Bracka 8, Plac św. Aleksandra 4, Żórawia 16, Złota 59, Leszno 87 (dwa przypadki) i 98, Długa 42, Burakowska 8, Młynarska 16, Skierniewicka 5, Białostocka 43, Pawia 71, Sprzeczna 2, Piwna 29, Brukowa 29, Wolność 11, Nowolipki 51 i 76, Pańska 15, Marienstadt 6, Szeroka 5, Śliwicka 12 oraz ze wsi Babice, Kaskada, Mokotów. Jeden przypadek zakończył się śmiertelnie.

Płonica, jak wyżej wspomniałem, o charakterze złośliwym, występowała przeważnie u dzieci. Chorzy w liczbie 19 przybyli z następujących domów i ulic: Dzika 31 i 75 (dwa przypadki), Niska 60 (dwa przypadki), Śliska 56 (trzy przypadki), Skierniewicka 5, Belwederska 4, Pawia 83, Dobra 37, Miedziana 6, Prosta 42, Wronia 30, Krochmalna 25, Szeroka 2 (dwoje dzieci), ze wsi Woli i Czystego. Zmarło 4 chorych.

Odry przybyło przypadków 15 (m. 9, k. 6). Jeden przypadek zakończył się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z następujących domów i ulic: Królewska 43, Kapitulna 7, Bielańska 4, Okopowa 22, Wspólna 24, Krzywe Koło 10 (dwa przypadki), Szczygła 4, Skierniewicka 5 (trzy przypadki), Stara 2, Sienna 65, Nowomiejska 19.

Ospy przybyło przypadków 10 (m. 5, k. 5); dwa przypadki u chorych nieszczepionych zakończyły się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Chłodna 28 i 46, z przytułku na Placu Broni, Foksal 3, Konopacka 12 (dwa przypadki), Śliska 37, Błomska 7, Krochmalna 15, Nowolipki 38, Książęca 1.

Różnicy mieliśmy przypadków 20 (m. 6 k. 14), z których jeden zakończył się śmiertelnie. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Pawia 26 i 65, Łucka 8 i 15, Prosta 32, Burakowska 23, Krochmalna 15, Grzybowska 42, Nowogrodzka 18 (dwa przypadki), Senatorska 18, Krucza 46, Twarda 62, Długa 35, Obozowa 2, Wileza 41, Nowolipie 21, Stare Miasto 1 i ze wsi Wola.

Błonicy gardła spostrzegaliśmy przypadków 6 (m. 4, k. 2), o przebiegu ciężkim; dwa przypadki zakończyły się śmiertelnie. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Nowomiejska 19, Młynarska 3, Żytnia 47, Garbarska 3, Smocza i ze wsi Sielec.

Zapalenia gardła (*angina follicularis*) było przypadków 5, wszystkie zakończyły się

pomyślnie. Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Browarna 20 (dwa przypadki), Złota 75, Szeroka 2, Krakowskie Przedmieście 28.

Z innych chorób zakaźnych spotykaliśmy: dwa przypadki tyfusu wysypkowego, 3 przypadki zapalenia płuc, jeden przypadek gorączki pologowej.

Śmiertelność wynosi 4,9%.

Badań pośmiertnych dokonano w 7 przypadkach.

Chorzy przebyli dni szpitalnych 3320 (m. 1531, k. 1789).

Odmówiono chorym niekwalifikującym się w 5 przypadkach.

*Roman Gutowski*

Lekarz miejscowy szpitala.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PRIKLONSKIJ zastosował okłady s sublimatowe w poronem leczeniu róży w roztworach 1:1000 pierwszego dnia, 1:2000 drugiego, 1:3000 trzeciego dnia w razie nieznacznego obniżenia się ciepłoty; przy podniesieniu się jej wracał do 1:1000. Tylko w jednym przypadku było zapalenie jamy ust. Działanie takiego leczenia było bardzo szybkie. (Wręcz. 47. 1903).

= WEILL, mierząc przez czas dłuższy ciepłotę u ssawców, otrzymał ciekawe wyniki. Krzywa dziecka, karmionego piersią, stano-

wi linię prawie poziomą i trzyma się na 37°, zbacząc zaledwie o 0,1°. Natomiast u dzieci, karmionych mlekiem krowim, wahania 0,4 — 0,5° stanowią prawidłó. Gdy dziecię prócz piersi otrzymuje inne pożywienie, krzywa zbliża się do linii dziecka, karmionego mlekiem krowim. Fakty te mają również znaczenie prognostyczne u dzieci, przedwcześnie urodzonych i atroficznych, gdyż rokowanie jest o tyle lepsze, o ile krzywa zbliża się więcej do linii poziomej.

(Lyon. méd. 45. 1902).

P.

## Wiadomości bieżące.

— Od Zarządu Towarzystwa Opieki nad nerwowymi i umysłowo chorymi otrzymaliśmy następujące pismo: „Warszawskie Tow. Opieki nad nerwowymi i umysłowo chorymi w myśl postanowienia zarządu z d. 24 sierpnia r. b. zawiadania, że wakuje miejsce lekarza zakładowego w schronisku w Drewnicy. Warunki: 600 rubli pensyi rocznej, całkowite utrzymanie obok wolnego mieszkania przy schronisku. Kandydaci zechcą składać swoje podania do d. 15 września r. b. w Kancelaryi Tow. Widok 8 m. 3“.

Prezes Towarzystwa *Libicki*.

Członek zarządu zarząd. schron. *K. Rychliński*.

— We Lwowie od kilku tygodni sroży się złośliwa epidemia płonicy, co skłoniło muni-

cy palność miasta do otworzenia baraków dla chorób epidemicznych oraz przedłużenia feryi szkolnych do 15 września.

— 12 września r. b. odbędzie się w Wiedniu międzynarodowa wystawa zdrojowisk oraz miejsc kąpielowych lądowych i morskich.

— D-r CHARCOT, syn znakomitego neuropatologa, przedsięwziął wyprawę do bieguna południowego. Obok innych poszukiwań d-r C. ma zbadać bakteryologicznie wodę i powietrze okolic podbiegunowych. Fundusz na wyprawę pochodzi częścią z osobistego majątku CHARCOT'a, częścią z ofiar, zebranych przez gazetę „Le Matin“; akademia nauk wyasygnowała na ten cel 1000 franków.

## Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w sierpniu 1903 r.

### Gazeta Lekarska.

N. 31. 1) L. NENCKI i PODCZASKI. Kryoskopia mleka.

2) Wład. STERLING. O ośrodkach korowych mięśni ocznych. (Dok.).

3) Wacław STERLING. Syfilis nerek. (C. d.).

N. 32. 1) Józef LATKOWSKI. O niezwyklej postaci influenzy, która pojawiła się epidemicznie w Krakowie w ostatnich miesiącach.

2) Julian SZLEIFSTEIN. Przyczynek do histogenezy komórek olbrzymich.

3) Wacław STERLING. Syfilis nerek. (C. d.).

N. 33. 1) Mieczysław HALPERN. O albumozuryi doświadczałnej.

2) Józef LATKOWSKI. O niezwyklej postaci influenzy, która pojawiła się epidemicznie w Krakowie w ostatnich miesiącach. (Dok.).

3) Wacław STERLING. Syfilis nerek. (C. d.).

N. 34. 1) WASSERTHAL. Przyczynek do kazuistyki i etiologii cystynuryi.

2) Mieczysław HALPERN. O albumozuryi doświadczałnej.

3) Wacław STERLING. Syfilis nerek. (C. d.).

N. 35. 1) DZIERZGOWSKI. O stosunku własności antytoksyecznych krwi do zjawisk ogólnych odporności zwierząt względem błonicy.

2) WASSERTHAL. Przyczynek do kazuistyki i etiologii cystynuryi.

3) Wacław STERLING. Syfilis nerek. (C. d.).

### Kronika Lekarska.

Zeszyt 15. L. RZECZNIOWSKI. Podstawy psychofizyologicznej teorii histeryi. (C. d.).

Zeszyt 16. 1) H. FIDLER. Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej.

2) L. RZECZNIOWSKI. Podstawy psychofizyologicznej teorii histeryi. (C. d.).

### Krytyka Lekarska.

N. 8. 1) Józef BIELIŃSKI. Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie. (C. d.).

2) J. FRENKIEL. W sprawie świadectw choroby dla uczniów.

3) Ktoś. Uwagi luźne o języku lekarskim.

### Zdrowie.

Zeszyt 8. 1) Zygmunt DUTKIEWICZ. Higiena zawodu aptekarskiego.

2) G. LEWIN. Wyssanie rany przy rytualnem obrzezaniu, jako jeden z momentów etiologicznych gruźlicy.

### Przegląd dentystyczny.

N. 7. M. KRAKOWSKI. Zboczenia i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego. (Dok.).

### Przegląd Felczerski.

N. 16. 1) D-r B.. Leczenie ran. (C. d.).

2) O ciąży bliźniaczej.

3) J. K. STRZELBICKI. Karmienie niemowląt. (C. d.).

### Czasopismo Lekarskie.

N. 7. 1) Władysław BIEGAŃSKI. O zgorzeli kończyn w przebiegu chorób zakaźnych.

2) J. PIETRASIEWICZ. O opatrywaniu pępowiny jodyną.

3) Józef BRZEZIŃSKI. O ambulatoryach fabrycznych.

### Przegląd Lekarski.

N. 31. 1) J. DZIERZGOWSKI. W sprawie dziedziczenia sztucznego uodpornienia przeciwko błonicy.

2) F. MAJEWSKI. Przyczynek do nauki o precypitynach, hemo- i antyhemolizynach. (Dok.).

N. 32. 1) Witold ORŁOWSKI. Zasado-  
wość krwi w stanach leukocytozy i w zakaże-  
niach.

2) Tymoteusz PIOTROWSKI. Ostra nie-  
drożność przewodu pokarmowego podczas ciąży  
i porodu.

N. 33. 1) Stanisław CIECHANOWSKI i  
Leon Konrad GLIŃSKI. Wrodzona niedrożność  
jelit cienkich.

2) Tymoteusz PIOTROWSKI. Ostra nie-  
drożność przewodu pokarmowego podczas ciąży  
i porodu. (C. d.).

N. 34. 1) Adolf WĄTOREK. Przebieg  
kliniczny 3 okresu porodu.

2) Stanisław CIECHANOWSKI i Leon Kon-  
rad GLIŃSKI. Wrodzona niedrożność jelit cien-  
kich. (C. d.).

3) Tymoteusz PIOTROWSKI. Ostra nie-  
drożność przewodu pokarmowego podczas ciąży  
i porodu. (C. d.).

N. 35. 1) MISES. Kilka uwag o teocynie.

2) Adolf WĄTOREK. Przebieg kliniczny  
3 okresu porodu. (C. d.).

3) Stanisław CIECHANOWSKI i Leon Kon-  
rad GLIŃSKI. Wrodzona niedrożność jelit cien-  
kich. (Dok.).

4) Tymoteusz PIOTROWSKI. Ostra nie-  
drożność przewodu pokarmowego podczas ciąży  
i porodu. (Dok.).

#### Nowiny Lekarskie.

Zeszyt 8. NOJSZEWSKI. Gruczoły i czucie  
włosowe i gruczołowe przy padaczce i nerwobó-  
lu stronowym czaszki i oka. (*Migraena ophthalmica*). (Dok.).

#### Postęp okulistyki.

N. 7. 1) K. NOJSZEWSKI. Wrażliwość  
mimoosna i powiększenie klinowe.

2) B. WICHERKIEWICZ. Przemijająca  
ślepotą po chininie u dziecka.

#### Przegląd Weterynarski.

N. 8 i 9. 1) Stanisław KRÓLIKOWSKI.  
D-r Mag. Piotr SEIFMAN. Wspomnienie po-  
śmiertne. (Dok.).

2) Wincenty GORECKI. Nowa rzeźnia  
miejska we Lwowie. (Dok.).

3) Fryderyk FRIED. Poglądy uczonych  
specjalistów na sprawę gruźlicy u bydła i spo-  
strzeżenia nad niektórymi urządzeniami wetery-  
naryjnemi za granicą, poczynione w podróży na-  
ukowej. (Dok.).

#### Przegląd Higieniczny.

N. 8. 1) Leonard BIER. O dezynfekcyi  
po chorobach zakaźnych.

2) Zdzisław LACHOWICZ. Wpływ czer-  
wonki na śmiertelność w Austrii, epidemiolo-  
giczne spostrzeżenia i wnioski co do jej zwal-  
czania. (Dok.).

#### Głos Lekarzy.

N. 3. 1) Partykularyzm.

2) Jak nas przyjęto?

3) Krajowa czy państwowa organizacja  
lekarzy?

4) W ważnej sprawie.

5) Szczepan MIKOŁAJCZYK. W sprawie  
strejków lekarskich.

6) E. EICHEL. Odwrotna strona medalu.

N. 4. 1) Organizujmy się!

2) Szczepan MIKOŁAJSKI. Strejki le-  
karskie.

3) Pod adresem Wydziału krajowego.

4) Z rogu obfitości.

5) Kleryk o medycynie.

6) Adam LANGIE. Kilka słów wyjaś-  
nienia.

7) W ważnej sprawie.

8) Pierwsza napaść.

ZAMIĄST ŻELAZA!

ZAMIĄST TRANU!

# HEMATOGEN D<sup>ra</sup> 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 krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jakodytetetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty  
**Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinnej.**

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterji, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadwyczałaj 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 wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zożów, wrodzonej atrofji 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 dytetetyczny i dopełniający 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 dłuższem 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 najwyczałajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielnicznych (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 przesyłać do naszego składu ekspedycy: **Apteka na Bolszaj Ochtie w S.-Petersburgu**. Dawki na jedną dozę: Dla **Ssawców**—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju) Dla **dzieci**—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków) Dla **dorosłych**—1—2 łyżek stołowych co dziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

**Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> uncyi) r. 1 k. 60**

**Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcaryja)**

## Największe w świecie labor. Parke Davis et C-o

w Detroit Stany Zjednocz. Północ. Ameryki.

Biura: w Nowym Jorku, Londynie, St. Petersburgu (Zamiastin per. 4).

Przygotowuje preparaty farmaceutyczne, które zyskały wszechświatową sławę, a z tych głównie znakomite.

**ADRENALINA (Takamina)** Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działający czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący; pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach: oka, gardła i nosa, bezkrwawo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie. Upraszamy panów lekarzy o zwrócenie uwagi na ostatnie artykuły odnośnie stosowania **Adrenaliny (Takaminy)** przy leczeniu raka (La Presse Medicale, Paris 27 Avril, 1903 i Medical Record 23 Sierpnia 1902).

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabiania naszego preparatu **adrenaliny**, noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu **Takaminy**.

**CHLORETON** (chemiczny związek chloroformu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczce i t. d. Ma tę wyższość nad kokainą, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

**TAKA-DIASTAZA** Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienia na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższająca jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

**KASKARA-EWAKUANT** Lek tonicznie przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu **Kaskara-Sagrada**, za wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

**ACETOZON** (C<sup>6</sup>H<sup>5</sup>CO. O. O. COCH<sup>3</sup>. Benzoyl-acetyl-hyperoxyd). Nowy środek przeciw-pasorzytniczy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwnajnych. Szczególnie znakomite wyniki, otrzymano przy leczeniu tyfusu brzuszego. Stosuje się z dobrym wynikiem przy **tryprze**, chorobach oczu, cholery, dysenterji, rozwolnieniach u dzieci, sprawach ropniczych porodowych i t. p.

Literaturę i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądania pp. lekarzy i farmaceutów.

Adres dla telegramów „Kaskara“ — Petersburg.

W Warszawie posiadają na składzie:—Henryk Welt i Towarzystwo Akcyjne „Motor“.