

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. I. Aseptyczny aspirator, injektor i przemywacz. II. Przyrząd do aseptycznego płukania pęcherza. Podał A. Zawadzki. — Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznym, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (d-r E. Flatau). Przez S. Goldflama. (Ciąg dalszy). — **WYKŁADY KLINICZNE.** Pogląd ogólny na leczenie fizyczne. — Sprawozdanie ze zjazdu przyrodników i lekarzy w Hamburgu od 22—28 września r. z. — **BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.** Księga jubileuszowa d-ra T. Dunina, wydana ku uczczeniu 25-letniej działalności Jego Iekarskiej. — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r A. Zawadzki** — I. Un appareil aseptique pour aspirer, injecter et laver. II. Un nouvel appareil pour le lavage aseptique de la vessie. 2) **S. Goldflam** — Sur la paralysie asthenique. Examen anatomopathologique d'un cas. (D-eur E. Flatau).

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r A. Zawadzki** — I. Ein aseptischer Apparat zum Aspiriren, Injectiren und Spülen. II. Eine Vorrichtung zur aseptischen Blasenspülung! 2) **D-r S. Goldflam** — Ueber die asthenische Paralyse nebst der post mortem Untersuchung eines einschlägigen Falles (D-r E. Flatau).

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

Z ODDZIAŁU D-RA J. RAUMA W SZPITALU NA PRADZE.

ASEPTYCZNY ASPIRATOR, INJEKTOR I PRZEMYWACZ.

Podał

ALEKSANDER ZAWADZKI.

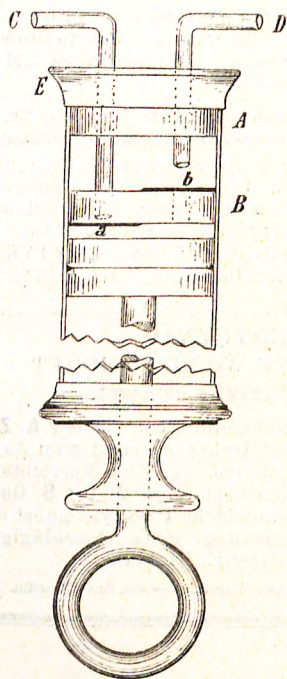
Główną działającą częścią jest pompa, od jej też opisu rozpocznę.

Do szklanego cylindra zwykłej kauczukowej strzykawki wtłaczam przy użyciu pewnej siły dwa płaskie gumowe korki (wysokość każdego od $1\frac{1}{2}$ —2 ctm.) każdy z dwoma otworami (Rys. 1, A i B).

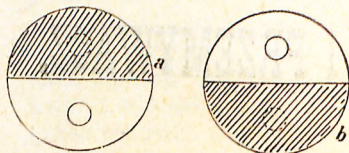
Korki te są tak wtłoczone, że między nimi zachowany jest odstęp od 2—3 ctm.; górny A znajduje się u skraju cylindra, dolny B bliżej tłoka na wyżej wspomnianym odstępie od pierwszego korka.

Dolny korek B jest właściwym ssąco-tłoczącym przyrządem.

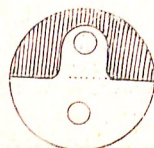
Jak górny, tak i dolny korek ma po dwa zwykłe otwory, w dolnym jeden otwór od dołu (Rys. 1, *B*, *a*), drugi otwór od góry (Rys. 1, *B*, *b*) przykryty jest kawałkiem płaskim gumy, naklejonym tylko wokół połowy otworu, nieco zdala odeń. Na rysunku II wydzimy dolną powierzchnię korka *B*, oznaczoną przez *a*, i górną jego powierzchnię, oznaczoną przez *b*. Rys III pokazuje nam, jak należy naklejać klapki (tylko w miejscach zacieniowanych). Rys. IV przedstawia korek, widziany z góry i nieco z boku. Naklejać trzeba



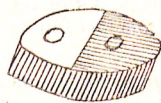
Rys. I.



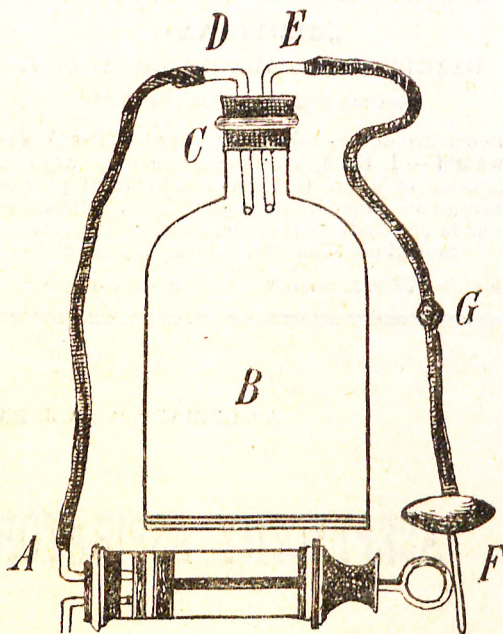
Rys. II.



Rys. III.



Rys. IV.



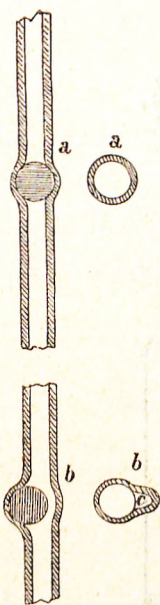
Rys. V.

za pomocą kauczuku rozpuszczonego w benzynie. Jeżeli teraz przeprowadzimy przez otwory w wierzchnim korku *A* (rys. I) szklane rurki, zgięte pod kątem prostym, w ten sposób, by jedna z nich *C* (rys. I) pograżona była nieco w otworze korka *B*, przykrytym od dołu klapką *a*, druga zaś *D* (rys. I) swobodnie kończyła się między obydwoima korkami nad klapką *b* korka *B*, wówczas przy odciągnięciu tłoka strzykawki między tłokiem i korkiem *B* powietrze rozrzedza się, klapka *a* odchyła się nieco, i przez rurkę *C* wpada pod tłok powietrze; przez rurkę *D* wpadać nie może, gdyż klapka *b* wskutek tegoż rozrzedzenia, przyciskana przez atmosferyczne ciśnienie do górnej po-

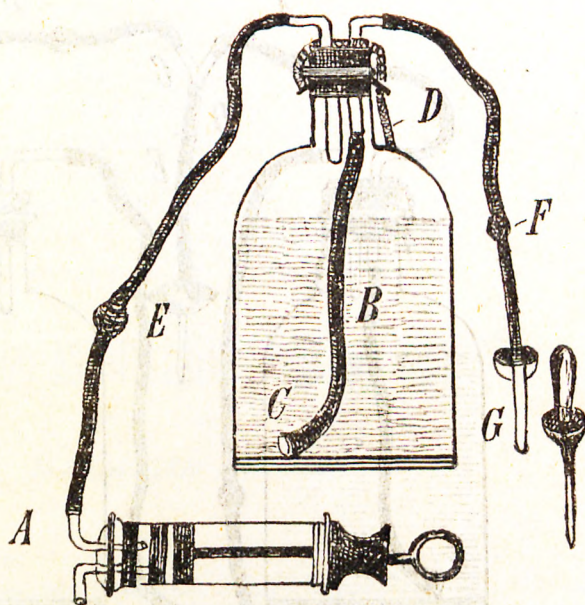
wierzchni korka *B*, nie pozwala przechodzić powietrzu przez drugi otwór w korku, znajdujący się właśnie pod tą klapką *b*.

Przy opuszczaniu tłoka mamy sprawę podobną: klapka *a* wskutek ciśnienia, wywieranego na nią przez tłoczone powietrze, zamyka ściśle otwór, przez nią przykryty, odpowiadający rurce szklanej *C* (rys. I), odchyła natomiast klapkę *b* i wchodzi do przestrzeni między korkami *A* i *B*, skąd wychodzi przez rurkę *D*.

W ten sposób rurka *C* ssie powietrze, rurka *D* takąż ilość jego tłoczy. Przysychanie korków gumowych do szkła jest tak silne, że ani rozrzedzenie do 500 mg. rtęci, ani ciśnienie do 3 atmosfer nie jest w stanie korków z miejsca poruszyć, o ile one są z pewną siłą wtłoczone; rurka *C* jest nadto do pe-



Rys. VI.



Rys. VII.

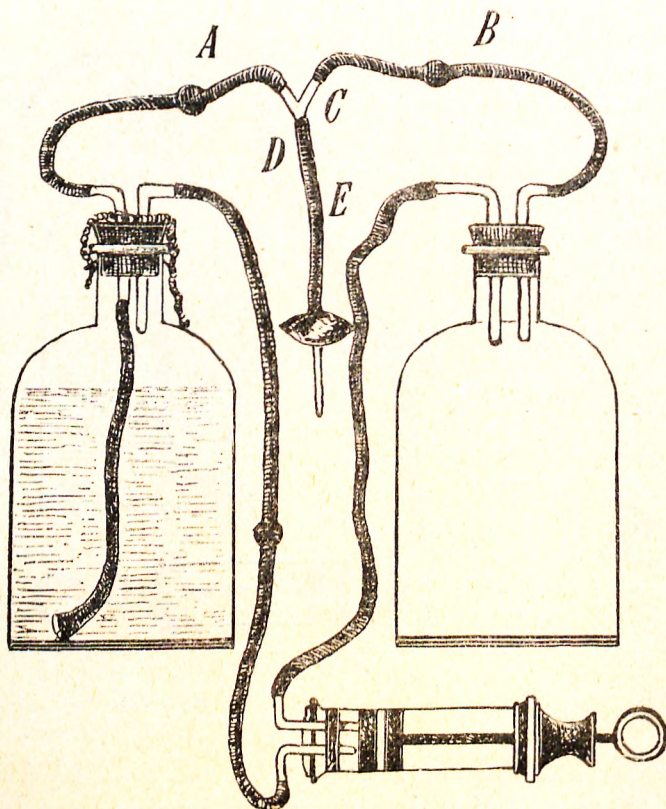
wnego stopnia filarem, który dopomaga do wzajemnego umocowania korków, a zwykła kauczukowa obsada strzykawki (rys. I, *E*), w której powiększono nieco górny otwór dla pomieszczenia obydwu rurek, zabezpiecza korki od wyskoczenia z cylindra pod wpływem zwiększonego ciśnienia.

Pompa tak, jak powyżej rzekliśmy, daje przy użyciu pewnej siły rozrzedzenie do 600 mg. rtęci i ciśnienie do 3 atmosfer.

Jeżeli teraz połączymy ssącą rurkę pompy (rys. V, *A*) z flaszką (rys. V, *B*), otrzymamy aspirator — łączymy w sposób zwykły, zamykając butelkę gumowym o dwu otworach korkiem (rys. V, *C*). W otworach tych umieszczone są szklane pod kątem prostym zgięte rurki — jedna z nich *D* połączona jest z pompą, druga *E* z trójgrańcem *F* grubościennymi gumowymi rurkami, zamiast kranu do rurki przy trójgrańcu wkładamy do środka jej albo kulkę szklaną, albo kawałek bagietki o nieco większej, niż ona średnicy — przysysają się one tak silnie przy rozrzedzaniu powietrza, iż hermetycznie zamyka-

ją rurkę (rys. V, *G*). Dość obcisnąć rurkę gumową wokoło kulki lub bagietki, a właściwie tłoczyć je palcami ku przeciwległej ścianie gumy, by zrobić rowek między nią a rurką i utworzyć kanał, przez który wciąga się płyn do butelki. Kran ten jest niezmiernie prosty i czysty. Na rys. VI widzimy kran ten w przecięciu podłużnym *a* i poprzecznym *a*, podczas zamknięcia, ten sam kran w położeniu *b* i *b* jest otwarty i daje kanał *C*.

Jeżeli połączymy tłoczącą rurkę pompki (rys. VII, *A*) z flaszką taką samą, jak poprzednia, z tą różnicą, że od jednej szklanej rurki pod korkiem biegnie do dna flaszki gumowa rurka, zakończona szklanym pierścieniem (rys. VII *B* i *C*), że korek ten uciśnięty jest przez łańcuch *D*, nie pozwalający wy-



Rys. VIII.

skoczyć korkowi przy ciśnieniu, że rurka gumowa, doprowadzająca powietrze, zawiera w sobie balonik z watą dla filtrowania powietrza (rys. VII, *E*). wówczas otrzymamy aseptyczny injektor, który można wyjąławiać przez gotowanie. I w tym przyrządzie kulka lub bagietka szklana *F*, umieszczona w grubościennej gumowej rurce, biegnącej nazewnątrz nad korkiem ku trójgrańcowi *S*, daje się zastosować jako kran; przy ciśnieniu działanie to daje się sprowadzić do działania klina — rozumie się przy dostatecznie grubościennej rurce (przy średnicy otworu gumowej rurki 4 mm., grubości jej ścia-

ny 2 mm., kulka lub bagietka o średnicy 5 mm. wytrzymuje ciśnienie 2—3 atmosfer).

Jeżeli końce (*A* i *B* rys. VIII), mające biegnąc od butelek ku trójgrańcom, połączymy z trzyramienną szklaną rurką *C*, a na trzeci koniec *D* tej rurki w kształcie lit. *Y* nałożymy gumową rurkę *E* i dopiero tę ostatnią połączymy z pochwą zwykłego trójgrańca lub czem innym np. cewnikiem moczowym lub zgłębnikiem żołądkowym, wówczas otrzymamy przyrząd, za pomocą którego możemy wtłoczyć tyle płynu, ile go wypompowaliśmy z danej jamy. Po zapompowaniu i przepuszczeniu płynu przez rurki dla wypędzenia z nich powietrza, naciskamy to jedną, to naprzemian drugą kulkę i w ten sposób dokonywamy przemywania.

Przy przemywaniu jamy opłucny przyrząd ten ma tę zaletę, że daje możliwość gimnastykowania płuca w małych granicach sztucznie przez nas wywoływanych wahań, w ten sposób zwolna dajemy płucy możliwość rozszerzania się, pozostawiając naturze zupełne wessanie sztucznie przez nas zmienionego wysięku. O wynikach przy użyciu tego przyrządu do leczenia ropnych wysięków opłucny według sposobu LEWASZEWA teraz pisać nie mogę, gdyż rozporządzam zbyt małym do tej pory materiałem, dodam tylko, że przemywania te, wykonywane aseptycznie, na wielką skalę i przy dodawaniu za każdym razem (seansem) do ostatniej porcji fizyologicznego roztworu soli niewielkiej ilości chloroformu (rozpuszcza się tylko 1 : 500) — zdaje się mają pewną rację bytu, szczególnie w sprawach na tle gruźliczym.

Nb. Podobne przemywania robił w Warszawie d-r PLETENIOW.

PRZYRZĄD DO ASEPTYCZNEGO PŁUKANIA PĘCHERZA.

Podał

ALEKSANDER ZAWADZKI.

Mając na uwadze, że.

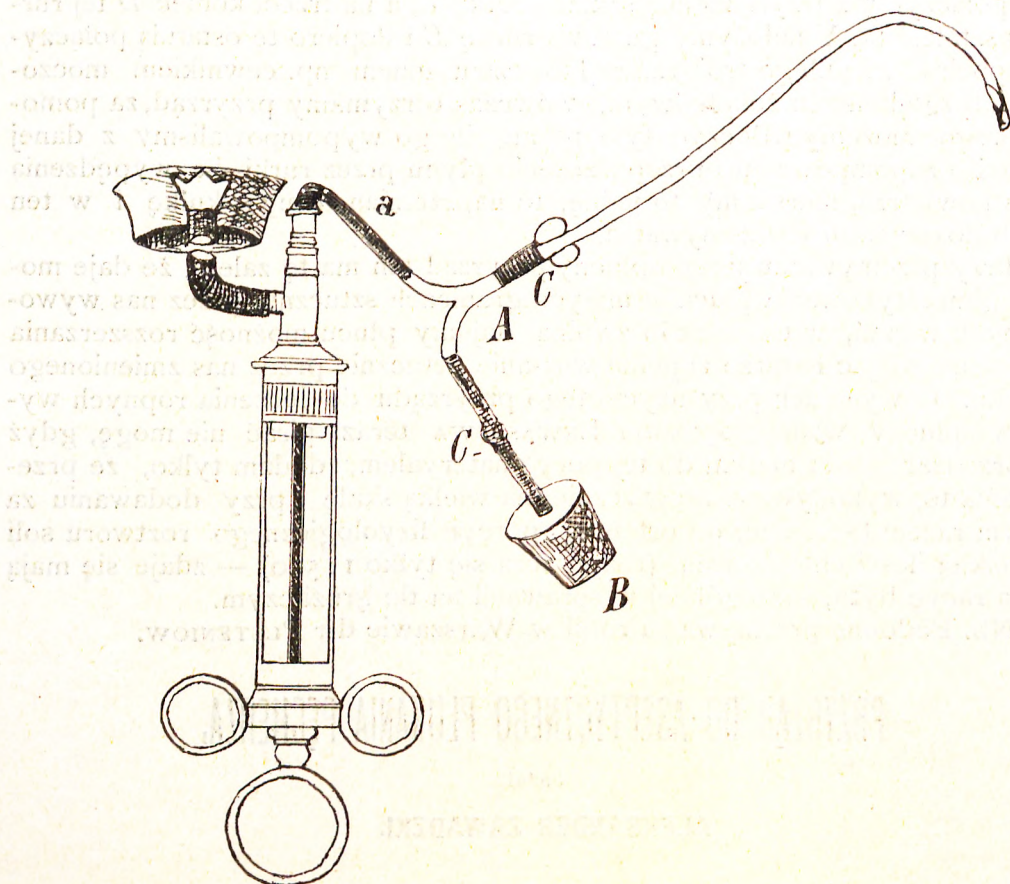
1) w praktyce prywatnej trudno mieć wyjałowione dokładnie miski, wskutek czego nawet jałowy płyn, wlany do takiego naczynia, zakaża się,
2) ciągle wyjmowanie nasady strzykawki z cewnika i nabieranie nią płynu z naczynia:

a) jest niedogodne, daje stratę czasu, sprawia ból choremu,
b) może sprzyjać zakażeniu wstrzykiwanego płynu wskutek ciągłego maczania w nim strzykawki,

proponuję mały i tani przyrząd, który zdaje się czyni zadość wymaganiom przy jednoczesnym użyciu strzykawki mojego pomysłu (Gaz. lek. N. 33, 1901 r.) lub też wyjałowionego irygatora.

Przyrząd składa się ze szklanej trzyramiennej rurki *A* w kształcie lit. *Y*, z gumowymi rurkami na jej końcach. Jeden koniec *a* łączy się z końcem wstrzykującym mojej strzykawki, drugi koniec *b* łączymy z gumową rurką, w której na wzór opisanego przeze mnie aspiratora i t. d. umieszczam szklaną kulkę lub bagietkę zamiast kranu, wolno jest puszczone do kaczki lub wiadra *B*; trzeci koniec *C* jest albo przyszlifowany w ten sposób, by można go zakładać do otworu w metalowym lub gumowym cewniku, albo — rurkę gumową nałożoną nań nakładać na cewnik.

Strzykawka ssie płyn z butelki, w której mamy wyjąłowany płyn, wstrzykuje go do pęcherza przez rurkę *a* i *c*, wypuszczamy ten płyn z pęcherza, pociskając szklaną kulkę w rurce *b* (w ten sposób otwieramy ten kran).



Robotę całą można wykonywać szybko, czysto, bez bólu dla chorego, bez pomocnika i nie odchodząc od łóżka chorego.

Przyrząd, rozumie się, można i trzeba wyjąławiać przez gotowanie.

DALSZE UWAGI NAD PORAZENIEM ASTENICZNYM, wraz z wynikiem badania pośmiertnego

JEDNEGO PRZYPADKU (D-R E. FLATAU).

Przez

S. GOLDFLAMA.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 6).

We wszystkich zbadanych obrębach nerwo-mięśniowych udało się otrzymać za pomocą tetanizujących faradycznych prądów Mya R. Nietety, u pacjentki z prywatnej praktyki i przy tem łatwo wyczerpującej się nie można było zbadać wszystkich obrębków. Badania dokonano na *n. facialis sini-*

ster, mm. mentales, orbicularis oris, biceps dexter, deltoideus dexter, n. ulnaris dext., mm. thenaris. W obrębie nerwu twarzowego najpierw odmówiły skurczu mięśnie górnej gałęzi, następnie zaś dolnej, w tych ostatnich skurcz nie znikał całkowicie, lecz stawał się niezwykle słabym. Zazwyczaj nie udawało się doprowadzić mięśni do zupełnego znikania ruchu, lecz energia i rozległość skurczu kolosalnie spadała, skurcze stawały się wkrótce faliste, zjawiały się wraz z zamknięciem prądu i znikwały wkrótce pomimo dalszego trwania strumienia tej samej siły. Po mniej więcej jednoninutowej przerwie, nerwy i mięśnie na ten sam bodziec faradyczny odpowiadały pierwotną siłą skurczu.

5. IV. oi. Od tygodnia znowu podwójnowidzenie, podlegające wahaniom; zjawia się ono głównie na ulicy, podwójne obrazy znajdują się jeden po nad drugim, chora bywa zmuszona zasłaniać sobie lewe oko. Niedowład mięśnia prostego górnego prawego. Już po kilku bocznych ruchach gałek ocznych bardzo łatwo możemy wywołać lewostronne skonjugowane porażenie mięśnia prostego zewnętrznego, z podwójnymi niekrzyżowanymi obrazami w lewej połowie pola widzenia; przed tem występuje drzenie gałek ocznych które znika po krótkim wypoczynku. Po prawej stronie nie można wywołać podobnego porażenia bocznego ruchu gałek ocznych. Jak i poprzednio, opadnięcie powiek wzmagą się po wszystkich ruchach gałek ocznych, zwłaszcza ku górze, z drugiej zaś strony, gdy opadnięcie powiek jest wydatniejsze, wtedy łatwiej jest wywołać porażenie mięśni ocznych. Gdy chora pewien czas patrzy ku dołowi, wtedy opadnięcie powiek zmniejsza się.

Dziś badano mięśnie łydkowe i ikrowe prawe na Mya R i stwierdzono, że energia skurczów dość stromo spada, lecz nie giną; wciąż jeszcze, nawet po długotrwałem drażnieniu prądem faradycznym, dostrzedz można wibrację mięśnia.

29. IV. oi. Parotygodniowa galwanizacja oczu tym razem pozostała bez skutku. Zrana stan chorej jest jeszcze znośny, około godziny piątej po południu połykanie staje się prawie niemożliwym, a mowa bardzo niewyraźną. Chora możliwie mało wychodzi z domu, ponieważ na ulicy zwiększa się opadnięcie powiek i zjawia się podwójnowidzenie. Stopień opadnięcia powiek zmienia się już w czasie badania, powieki górne coraz bardziej opadają podczas rozmowy z lekarzem, gdy pacjentka stara się patrzeć na niego; dla tego też najchętniej kieruje wzrok ku dołowi (możliwie zupełny wypoczynek dla mięśni, unoszących powieki). Lekka niedomykalność powiek (*lagophthalmus*) po prawej większa, niż po lewej. Słabe włókienkowe drzenie w mięśniu okrężnym powiek, jeszcze mniejsze w okrężnym ust. Na poziomie *cartil. cricoideae* wytworzył się w ostatnich dniach guzik, wielkości laskowego orzecha, okrągły niebolesny, elastyczny, łatwo ruchomy (gruczoł limfatyczny)?

Mya R dziś występowała łatwo w mięśniach, drażnionych od punktu ERB'a, nie otrzymywało się jej w nerwie łokciowym. Tętno 105. *Resp.* 22.

3. V. oi. Też same skargi, obiektywnie jak poprzednio. Jasne światło słoneczne na ulicy przyczynia się jeszcze bardziej do występowania zaburzeń ze strony oczu. Najmniejszy wysiłek męczy chorą, nawet ruchy języka, które, jakkolwiek wykonywalne, odbywają się powoli, nawet wydobywanie głosu. Przy myciu twarzy mięśnie karku tak szybko się męczą, że chora

z trudnością tylko może głowę prosto utrzymać. Niedomykalność powiek dziś nie występuje.

Mały guzik na szyi uległ, zdaje się, zmniejszeniu.

23. V. oi. Tętno w pozycji leżącej 90, siedzącej 105; *resp.* 22—24. Cały ubiegły czas chora miała się niedobrze; mówiła niewyraźnie, nie mogła wychodzić z domu z powodu pojawiających się niebawem podwójnych obrazów i zwiększającego się opadania powiek i t. p.; zwłaszcza odżywianie było upośledzone, zarówno z powodu utrudnionego przyjmowania pokarmów, bo wargi były jakby stężale, jak i wskutek osłabienia żucia i zaburzeń w połykaniu. Stałe pokarmy przedostają się często do krtani lub też przylegają do błony śluzowej policzków, tak iż palcami trzeba je usuwać. Od 3 dni subiektywnie poprawa, lecz przedmiotowo można raczej postęp stwierdzić w objawach chorobowych. Objaw wyczerpania można było dziś zdemonstrować w kończynach w sposób prawie typowy; po 15—20 wzniesieniach ramion lub nóg szerokość ruchu spadała szybko prawie do zupełnego porażenia; po krótkim wypoczynku kończyny unosiły się znowu do poprzedniej wysokości. Charakterystyczny dla osłabienia górnych kończyn jest np. fakt, że chora, pisząc krótki list, musiała trzykrotnie, z powodu zmęczenia, pisanie przerywać. Nie mogła też odczytać głośno tego listu, gdyż głos wkrótce odmówił posłuszeństwa. Siła ruchów mimicznych, zwłaszcza zaś zwieraczy powiek i ust, jeszcze bardziej zmniejszona. W mięśniu okrężnym powiek widoczne jest drżenie włókienkowe, nie rzadko i kąty ust bywają pociągane na boki przez kloniczne skurcze. Dziś niema podwójnowidzenia, zresztą objawy ze strony powiek, mięśni ocznych są, jak powyżej skreślono.

1. VIII. oi. Tętno 90. *Resp.* 24. Cały ubiegły czas chora spędziła na wsi, gdzie zaraz wystąpiła poprawa; był też po temu i czas najwyższy, gdyż jednej nocy chora omal nie zginęła w ataku duszności. Przybrała na wadze 3 funty i dobrze wygląda. Mogła swobodnie chodzić bez występowania śmienia przed oczami, opadnięcia powiek i podwójnowidzenia, jakkolwiek przy wpatrywaniu się w jeden punkt górne powieki opadały na czas krótki. Żucie, połykanie, mowa znacznie się poprawiły, chora była w stanie zaspakając wzmożony apetyt. Jedyne sen ma przerywany, co trwa już od dłuższego czasu i nie ulega poprawie. Od 3 dni bez uchwytej przyczyny zjawilo się pogorszenie, które zarówno jak poprawa, dotyczy prawie wszystkich objawów; bądź co bądź, nie doszło ono jeszcze do poprzedniego stopnia. Wargi działają przy jedzeniu z wielkim wysiłkiem, żucie mozolne, tak iż po paru łykach już następuje zmęczenie; samo połykanie jest jeszcze dobre. Mowa słabnie i staje się wkrótce niezrozumiałą. Jakkolwiek chora na opadnięcie powiek i podwójnowidzenie nie narzeka, jednak szpary powiekowe wydają się nie dość szerokie i już prędko — w czasie badania — występuje prawostronne opadnięcie powieki, które wkrótce ustępuje miejsca takiemuż zjawisku po stronie lewej. Również udaje się po szeregu bocznych ruchów gałek ocznych wywołać skonjugowane prawostronne porażenie ruchu bocznego (*rectus ext. dex.* i *rectus int. sin.*) bez podwójnych obrazów, poprzedzane drżeniem gałek ocznych i ustępujące niebawem po krótkim wypoczynku. Analogicznego lewostronnego porażenia wywołać się nie udaje. Najslabszymi wydają się i obecnie ruchy gałek ocznych ku górze, już po kilku odnośnych ruchach pozostają gałki w południku poziomym. Wyraz twarzy nie jest już taki nieruchomy i senny; kąty ust dość często unoszą się klonicznym skurczem ku górze. Zwieracze powiek i ust są bardzo słabe, mięśnie czołowe prawie wcale się nie

kurczą, mięśnie, brew marszczące, dość dobrze, nadymanie policzków jest niewykonalne. Podniebienie miękkie nie słabnie przy wydobywaniu głosu, pobudliwość mechaniczna jego jest zachowana. Niewydatne wyczerpywanie się ruchów języka. Wyczerpywanie się kończyn (badano w stawie ramieniowym i biodrowym) występuje wybitnie, rozległość ruchu pada prawie do zera. Mya R badana dziś była w *orbicularis oris*, *n. facialis sinister*, *biceps brachii* i *deltoideus*, i stwierdzono znakomite zmniejszenie się siły skurczu, który wszakże całkowicie nie znika. Jeśli wywołać obniżenie faradycznej pobudliwości mięśnia naramiennego lub dwugłowego ramienia z jednego punktu ruchowego, to inny punkt tegoż samego mięśnia nie traci swej pobudliwości i reaguje na prąd faradyczny dobrym skurczem. Odruchy kolanowe traciły na sile po wielokrotnem opukiwaniu ścięgna, lecz nie znikaly.

Mały guz na przedniej ścianie tchawicy bez zmiany; według zdania doświadczonego chirurga (KRAJEWSKI) jest to prawdopodobnie *gland. thyr. aberrans*, ponieważ przy ruchach polykowych porusza się wraz z tchawicą.

Zachęcony najnowszą pracą WEIGERT-LAQUER'a, zaordynowałem chorej grasicę. Chora przyjmowała ją w tabletkach po 0,05, w ciągu drugiej połowy lipca, do 6 sztuk dziennie — dotąd bez jakiegokolwiek rezultatu. Poprawa już poprzednio była nastąpiła, a i pogorszenie całkiem niezależnie było od leku. Jednakże zaleciłem chorej dalsze przyjmowanie tabletek.

5. X. oi. Tętno 90. Stan chorej podczas pobytu na wsi znacznie się poprawił; czy stało się to za sprawą tabletek grasicy, orzec trudno (chora wyżyła 180 tabletek à 0,05). Poprawa widnieje w tem, że chora może chodzić do woli, przyczem nie przeszkadza jej ani dzienne światło, ani podwójnowidzenie, ani ptoza. Łaknienie i sen wróciły. Jednak po dłuższem mówieniu głos staje się nosowym, a po 15 minutowem binokularnem czytaniu zjawia się diplopia; chora czuje, że podczas śmiechu usta jej sztywnieją i krzywią się, męczą się zaś przy dłuższem jedzeniu.

W początku badania oczy zdają się normalne, a szpara powiekowa tak szeroka, jak nigdy, po dłuższej jednak rozmowie prawa powieka opada, a po wielokrotnych bocznych ruchach gałek (przy czem występuje lekkie drżenie) i przy usiłowaniu patrzenia w górę zjawia się ptoza obustronna, większa po prawej stronie, niż po lewej. Jedyne ruchy gałek ku górze są utrudnione, a niedowład innych zewnętrznych mięśni wywołać nie można, nie ma więc podwójnowidzenia. Z mięśni mimicznych okrężne powiek i ust, marszczące brew i czołowe są słabe, licowe i unoszące wargę górną silniejsze. Język i podniebienie miękkie normalne. Ruchy żuchwy dość silne, przy ruchach odbocznych widać stały współdział odpowiednich mięśni licowych i unoszących wargę górną.

Objaw wyczerpania występuje w górnych kończynach później, niż przedtem, dopiero po 70 — 80 poruszeniach następuje porażenie ruchów odsiebnych w stawie barkowym. W palcach objaw wyczerpania jest o wiele mniej wyraźny; chora zaznacza, że pod wpływem zimna palce jej sztywnieją i stają się bezwładne. Objaw wyczerpania w stawie biodrowym występuje szybko, już po 15 poruszeniach chora nie może unieść nogi z postania. Odruchy kolanowe żywe, zmniejszyć ich nie można.

Podczas ostatniego miesiączkowania chora wiele cierpiała na bóle w nogach, co bywało i dawniej.

10. X. oi. Pogorszenie już od 2 dni, mianowicie powróciła ptoza i diplopia. W pierwszej chwili szpary powiekowe wydają się szerokie, tylko pra-

wa gałka nieco w abdukcji, ale po krótkiej rozmowie prawa powieka opada, prawa gałka zatacza się jeszcze więcej na prawo, następnie opada lewa powieka, ptoza powiększa się szybko, i wreszcie powieki prawie zupełnie zakrywają gałki oczne (po prawej stronie więcej, niż po lewej), a chora musi głowę nachylać ku przodowi. Po kilku minutach odpoczynku następuje poprawa.

Mya R występuje bardzo rozległe, bo można ją otrzymać prawie we wszystkich badanych okolicach, miejscami bardzo łatwo, miejscami trudniej. Zniknięcie drgań nie następuje jednocześnie we wszystkich mięśniach danego terytorium nerwowego; w obrębie nerwu twarzowego skurcze utrzymują się najdłużej w mięśniach licowych, w których słabe drgania widoczne są jeszcze wtedy, kiedy już oddawna znikły w innych mięśniach twarzy. Mięśnie, wyczerpane przez prąd faradyczny, kurczą się dobrze pod wpływem woli.

Jeśli wywołamy Mya R na pniu nerwu twarzowego po za muszlą uszną, a następnie podrażnimy prądem faradycznym punkt nerwu przed muszlą, otrzymujemy dobry skurcz na całym terytorium tegoż nerwu; wskutek wywołania Mya R w punkcie nerwu twarzowego przed muszlą, punkt po za muszlą również nie traci swej pobudliwości. Jeśli wywołamy Mya R w pniu nerwu twarzowego, a bezpośrednio potem drażnimy mięśnie twarzy, otrzymujemy dobre skurcze i naodwrot, jeśli Mya R była wywołana naprzód w jednym z mięśni twarzy, wtedy mięsień ten kurczy się, jeśli zaraz po tem podrażnimy nerw twarzowy. Też same stosunki znajdujemy w innych okręgach nerwo-mięśniowych; badane były terytoria *ulnaris*, *peronei et cruralis*. W mięśniach, posiadających dwa lub więcej punktów ruchowych, jak np. *biceps*, *triceps brachii*, *soleus*, po otrzymaniu Mya R w jednym punkcie, otrzymujemy dobre skurcze, drażniąc bezpośrednio potem punkt inny, niezależnie od tego, czy naprzód drażniono punkt bliższy, czy dalszy.

Mieliśmy więc u 30-letniej kobiety klasyczny wzór porażenia astenicznego. Początek cierpienia od opadnięcia powiek i częściowej oftalmoplegii, lata trwający przestanek, ponowny wybuch choroby drogą tych samych objawów, dalszy sposób rozwoju, dołączenie się objawów opuszkowych, rozprzestrzenienie na kończyny i tułów, wzmaganie się i ustępowanie objawów, wahania w ich natężeniu w ciągu jednego dnia, nawet w czasie jednorazowego badania, zjawisko wyczerpania i sztuczne wywoływanie przemijających porażań i wreszcie Mya R, przy braku zaników, zaburzeń czucia i zmysłów i t. d., wyłączają wszelką wątpliwość rozpoznawczą. Przed 7 laty choroba pozostała nierozpoznana, gdy wystąpiło opadnięcie powiek i częściowa oftalmoplegia, które bezwarunkowo jako pierwszy początek cierpienia uważać należy. To też przypadek nasz ponownie dowodzi, jak wielkiego znaczenia są powyższe objawy, zwłaszcza zaś pierwszy z nich, i że w każdym podobnym przypadku, pomimo przemijającego występowania opadania powiek i podwójnowidzenia, a być może właśnie dla tego, należy pomyśleć nie tylko o syfilisie, władzie, paraliżu postępującym i t. p., lecz mieć na uwadze możliwość porażenia astenicznego.

Lata trwająca przerwa w objawach równała się, przynajmniej w przekonaniu chorej, wyzdrowieniu; przez cały ten czas pacjentka nie podlegała obserwacji lekarskiej, wyszła za mąż i urodziła dziecko. Dopiero po 10 miesiącach karmienia wystąpiła recydywa choroby, która tym razem przybiera o wiele znaczniejsze rozmiary i osiąga zupełnego rozwoju. Do zaburzeń

wzrokowych dołączają się w szybkim następstwie objawy porażenia opuszkowego i osłabienie prawie całego dowolnego układu mięśniowego. I ten przypadek wyróżnia się przewagą objawów ze strony *mesencephali* i *metencephali*. Objaw wyczerpania również najwybitniej występuje w tych dziedzinach. Należy bowiem przypomnieć, że mięśnie, unoszące powieki, bardzo szybko słabną już przy zwykłym patrzeniu, jeszcze bardziej przy wpatrywaniu się w jeden punkt, przy czytaniu, patrzeniu w górę, kiedy istotnie powyższy mięsień jest bardziej czynny; ztąd też skłonność chorej do kierowania wzroku ku dołowi, by możliwie mięsień ten oszczędzać.

Podobne objawy szybkiego wyczerpania dały się stwierdzić i ze strony narządów żucia, połykania, mowy oraz mięśni twarzy. Szczególnie interesująca i zapewne rzadko tylko tak jaskrawo występująca była apokamnoza mięśni gałek ocznych, która się przejawiała w podwójnowidzeniu i przemijającym porażeniu pewnych ruchów oczu. Udawało się mianowicie za pomocą powtarzania pewnych skonjugowanych ruchów otrzymywać porażenie w niektórych kierunkach, jednego dnia po szeregu ruchów bocznych występowało porażenie w mięśniach prostych wewnętrznych, innego dnia w mięśniu prostym zewnętrznym prawym, albo też skonjugowane prawostronne porażenie w *rectus extern. dext.* i *internus sinist.*, lub też po szeregu spojrzeń ku górze w mięśniu prostym górnym prawym, a nawet w obu górnych. Porażenia te poprzedzało zwykle drżenie gałek ocznych, towarzyszyły im podwójne obrazy, i mijały one szybko już po krótkim wypoczynku. Przy czytaniu przeszkodę stanowiło nie tylko opadnięcie powieki, lecz litery wkrótce się zlewały, i chora zmuszona była zasłaniać sobie jedno oko, aby mózdz dalej czytać; niewątpliwie był to wynik osłabienia konwergencyi i ztąd powstałych obrazów podwójnych, przez chorą jeszcze nie uświadomionych, nie wpływało zaś z osłabienia akomodacyi, czy też z astenopii. Mięsień akomodacyi, jak zazwyczaj, pozostawał nietknięty.

Ciekawy też był wpływ wyczerpania jednej dziedziny na inne, co w danym przypadku miało miejsce również w obrębie funkcji opuszkowych i ocznych. Mianowicie, opadnięcie powieki, które wogóle bardzo łatwo ulega wahaniom, okazuje największą w tym względzie podatność: marszczenie czoła, zamykanie powiek, mruganie, wszystkie ruchy gałek ocznych potęgują ptozę. Z drugiej zaś strony wzmożenie opadnięcia powiek oddziaływa na mięśnie oczu, które wtedy łatwiej się wyczerpują i szybciej prowadzą do sztucznej oftalmoplegii. Podobne wzajemne oddziaływanie istnieje pomiędzy zaburzeniami mowy i połykania: po osłabieniu mowy połykanie staje się niezwykle utrudnione, a po przyjęciu pokarmów chora dłuższy czas nie może głosu wydobyć. Być może, iż w powyższych czynnościach niektóre mięśnie przyjmują wspólny udział, lecz fakt ten nie tłumaczy wszystkich obserwowanych kombinacyi, jak np. wpływu górnych mięśni twarzowych oraz właściwych mięśni ocznych na mięsień, unoszący powiekę i t. d.

W historii choroby kilkakrotnie zanotowano, że na ulicy wzmagało się opadnięcie powiek, i występowały obrazy podwójne nawet wtedy, kiedy w pokoju wcale ich nie było, co chora przypisywała jaskrawemu oświetleniu. Istotnie, w ciemności opadnięcie powiek było mniejsze, i jest możliwem, że jaskrawe światło uliczne wywoływało potrzebę częstego mrugania, które jak wiemy, sprowadzało wzmożenie się ptozy, co wraz z wysiłkiem wzroku przy obserwowaniu i mijaniu przechodniów mogło wywoływać podwójnowidzenie.

Natomiast zmęczenie w obrębie kończyn i tułowia nie wpływało na funkcje opuszkowe i oczne, ani też zmęczenie jednej kończyny oddziaływało na inne.

W przypadku T. zaznaczono również wpływ wyczerpania jednej funkcji, także opuszkowej — na inne funkcje. W przypadku KALISCHER'a³⁰⁾ istniało również to zjawisko. Wreszcie pewne czynniki zewnętrzne nie pozostawały bez wpływu, jak np. zimno, które powodowało zeszywnienie warg, utrudnienie artykulacji, zmniejszenie sprawności palców; taki skutek zimna napotyka się i w chorobie THOMSEN'a.

Opadnięcie powiek, osłabienie mięśni twarzy, brak mimiki nadawały twarzy pacjentki wyraz senny, maskowaty (twarz HUTCHINSON'a), co już samo przez się powinno budzić podejrzenie porażenia astenicznego. W osłabieniu przyjmuje w równej mierze udział górny obręb nerwu twarzowego, jak i dolny, czasami występuje niedomykalność powiek i znika.

Co do tułowia, to już podczas pierwszego badania można było w nim stwierdzić objawy wyczerpania się; mięśnie karku, jak to bardzo często bywa, były szczególnie osłabieniem dotknięte. Jakkolwiek objaw wyczerpania nie dał się wykazać początkowo w kończynach w sposób klasyczny, to jednak pewne fakty dowodziły, że łatwe nużenie się istniało w nich także, i tak np. opowiadała pacjentka, że przy krajaniu chleba już przy drugiej kromce brakło jej sił w rękach i t. p. W tym samym czasie stwierdzono już Mya R, a więc oba te zjawiska, mianowicie apokamnoza i Mya R, nie przebiegają równoległe i zdają się wzajemnie od siebie nie zależeć. Później objawy wyczerpania wystąpiły w kończynach daleko wybitniej, prawie w sposób typowy, a jednak przy drażnieniu tetanizującymi, faradycznymi prądami skurcze nie ginęły całkowicie; nawet po dłuższem działaniu prądu pozostawało drżenie mięśnia.

Mya R otrzymywaliśmy następnie w sposób typowy, kiedy już nastąpiło polepszenie, a była ona tutaj tak wybitna, jak może w żadnym z obserwowanych przeze mnie przypadków; była również wtedy bardzo rozległa, bo dawała się wywołać w każdym badanym nerwie i mięśniu, choć nie wszędzie z jednakową łatwością. W niektórych okolicach, jak np. w obrębie nerwu twarzowego, występowała szybko, w innych znowu dopiero po długiem drażnieniu. Przy wywoływaniu Mya R od nerwu stale powtarzało się to zjawisko, że kurczliwość odnośnych mięśni znikała nie jednocześnie, ale w jednych prędzej, w drugich później, w mięśniach tej drugiej kategorii istniały jeszcze słabe skurcze wtedy, kiedy w innych nie można było dostrzedz ani śladu drgań. Okazało się następnie, że Mya R w jednym punkcie drażnienia danego nerwu nie wpływa na wrażliwość innego punktu tegoż nerwu, że również Mya R, wywołana w nerwie, nie zmienia wrażliwości odnośnych mięśni, ani Mya R w mięśniu nie zmienia pobudliwości odpowiedniego nerwu. Przy wywoływaniu Mya R nie widać było wzajemnego wpływu na siebie różnych punktów ruchowych jednego mięśnia.

I w powyższym przypadku notowano lekkie włókienkowe drżenie oraz skurcze kloniczne w obrębie mięśni twarzy; jednakże nie występują one tu tak stale i często, jak np. w zanikowym porażeniu opuszkowem, i istotnie o zaniku nawet mowy być nie może. Powyższy objaw zjawia się, zdaje się, jedynie na szczycie choroby. W czasie rozwijania się lub też ustępowania napadu te objawy kurczowe zazwyczaj są nieobecne.

Napad, w którym chora obecnie się znajduje, trwa już przeszło rok i, zdaje się, dosięgnął już swego szczytu.

(C. d. n.).

³⁰⁾ Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. T. X. Str. 324.

WYKŁADY KLINICZNE.

R. FRIEDLAENDER.

Pogląd ogólny na leczenie fizyczne.

Pod nazwą leczenia fizycznego pojmujemy stosowanie systematyczne pewnych określonych bodźców w celach leczniczych. Jako miejsce zastosowania tych bodźców służy zewnętrzna powierzchnia ciała. Stosownie do rodzaju podniet: mechanicznych, termicznych, elektrycznych, chemicznych wyróżniamy hydro- termo- elektro- terapię, terapię kąpielami i rewulsywną.

Do leczenia fizycznego włączamy również i takie metody, których miejscem zastosowania niekoniecznie służy powierzchnia skóry, jako to pneumo-terapia lub leczenie inhalacyjne. Zaliczamy tutaj także metody, polegające na wywołaniu podniet z innych składowych części ustroju, mianowicie z układu ośrodków nerwowych: metodę gimnastyki czynnej i gimnastyki oporu.

Leczenie, oparte na stosowaniu bodźców, jest tak stare, jak sama medycyna. Zasadniczą własność ustroju zwierzęcego stanowi jego drażliwość. Wszelkie objawy życiowe znajdują się w większej lub mniejszej zależności od otaczającego środowiska przy pomocy zdolności oddziaływania na bodźce zewnętrzne natury różnorodnej.

Pośrednikiem pierwszorzędym w oddziaływaniu na podniety są narządy zmysłów. Każdy bodziec sprowadza pobudzenie, które wywołuje w odcinku pobudzonym zmianę przejściową *resp.* wykonanie pracy. Wymiar pracy nie zachodzi w stosunku równoległym do natężenia bodźca, lecz zależny bywa od ilości sił napięcia, które podnieta wyswabadza. Przyczem specjalna rola przypada układowi nerwowemu, mianowicie rola przewodnictwa dla oddziaływania bodźców i wywoływania odczynu w częściach ustroju, które oddalone są od miejsca zastosowania podniet.

Znaczenie bodźców dla przebiegu spraw fizjologicznych w ustroju oddawna nasunęło myśl leczniczego stosowania różnorodnych podniet na chory ustrój. Cel tego stosowania stanowi — wzmoczenie, pobudzenie lub zahamowanie pobudliwości i czynności w określonym obrębie danego narządu. W znaczeniu podaniem cała farmakoterapia może być traktowana jako terapia bodźcami, a stosunek pomiędzy lekarstwem i organem vel organizmem zaznaczony, jako działanie podniet.

Z nowszych farmakologów Hugo SZULTZ dowodzi przekonywająco, że tego rodzaju podkład dla farmakologii jest słuszny.

Na zasadzie poglądu, że przy leczeniu lekarstwami w rzeczywistości sprowadza się wszystko do działania bodźców — SZULTZ, jako zasadę dla lecznictwa podstawową — przytacza wygłoszone przez ARNDT'a prawo biologiczne, które głosi: „słabe bodźce wzmagają czynność życiową, średnie pobudzają ją, nadmiernie silne — hamują lub niszczą, lecz indywidualnem pozostaje, co stanowi bodziec słaby, średni, silny lub nadmierny. Jeżeli sprawa się tyczy narządów chorych, które znajdują się w stanie wzmoczonej pobudliwości — wzmiankowane prawo powinno uleść modyfikacji o tyle, o ile bodźce, działające na ustrój chory, wpływają silniej, niż w stanie fizjologicznym. Chory narząd stanowi *locus minoris resistentiae*, i z tego powodu słabe bodźce mogą przyjąć na siebie rolę silnych. SZULTZ dodaje przytem twierdzenie, że dany narząd o tyle oddziaływa

na podniecie, o ile na to pozwalają raz na zawsze budowa narządu anatomiczna i jego zadania fizyologiczne.

Zachodzi wiele stycznych pomiędzy leczeniem lekarstwowem a fizycznym. Różnica bezwątpienia polega nie tylko na samym rodzaju bodźca, lecz i na miejscu zastosowania. W lecznictwie lekarstwowem miejscem zastosowania są zwykle przewód pokarmowy lub tkanka podskórna, w fizycznym zaś głównie powierzchnia skóry, która dzięki bogactwu nerwów w szczególności jest w stanie wysyłać bodźce dalej i wytwarzać reakcję w całym ustroju. Lecz narządy, podniecie podległe, zawsze muszą reagować w sposób jednakowy, czy działać będzie bodziec lekarstwowy, czy fizyczny. A w każdym stosowaniu ujawnia się prawo PFLUEGER-ARNDT'a. Pojęcie zasadnicze, że słabe bodźce pobudzają czynność życiową, a silne hamują, służy za podstawę dozowania środków. I tak widzimy, że silne bodźce elektryczne wywołują porażenia, które ograniczają się przy stosowaniu bodźców słabych; silne wpływy mechaniczne wywołują uszkodzenie, dłoń masująca leczy. Ciepło i zimno przy znacznym natężeniu niszczą tkanki — słabe bodźce termiczne pobudzają, wzmacniają, leczą. Przekonywamy się również, że dla narządu chorego doza bodźca musi być odpowiednio zmniejszona, że w przypadkach chorobowych już słabe bodźce mogą działać hamująco.

Analogia pomiędzy środkami lekarstwowymi a fizycznymi występuje jaszkrawo przy stosowaniu tak zwanych rewulsyi. Lekarstwo, drażniące skórę, działa identycznie z pendzlem elektrycznym, przyrządem PAQUELIN'a, ze znacznym wpływem zimna lub ciepła.

Ze względu na istniejącą w ogóle analogię pomiędzy obu rodzajami środków nie ma nic niesłuszniejszego nad przeciwstawianie leczeniu lekarstwowemu terapii fizycznej, jak to czyni lecznictwo naturalne.

Obydwie metody tworzą całość, odpowiadają jednakowym poglądom lekarskim i prawom zastosowania. I dla tego trudno się zgodzić z poglądem, żądającym dla leczenia fizycznego lub jego specjalnych gałęzi — utworzenia w uniwersytetach osobnych katedr wykładowych. Leczenie fizyczne może być nauwane racjonalnie tylko w ramach terapii ogólnej.

Niestety, lecznictwo fizyczne w zastosowaniu praktycznym uległo obecnie zanadto wielkiej specjalizacji. Trafnie utrzymuje ROSSBACH, że środki leczenia fizycznego w zupełności prawie przeszły w ręce specjalistów — elektro- hydro- pneumo-terapeutów — lub stosowane bywają w specjalnych zakładach gimnastycznych, ortopedycznych i t. d.

Podobny rozdział obok stron dodatnich posiada i wady oderwanego zestawienia. Modny specjalista włącza w obręb zastosowania pojedynczej metody wszelkie możliwe stany chorobowe. Jak dawniej przy przewadze leczenia lekarstwowego przeciwko jednej chorobie podawano setki środków, tak obecnie spostrzegamy, że przeciwko jednej i tej samej chorobie jedni zachwalają wyłącznie wodę, drudzy czyste, zgęszczone lub rozrzedzone powietrze, trzeci elektryczność. I dla tego sądzi ROSSBACH, że wszelkie wyspecjalizowane sposoby należy włączyć do działu terapeutycznego ogólnego — podobne zdanie wypowiada i GOLDSCHIEDER.

Autor chce przedewszystkiem zaznaczyć na zasadzie długoletniego doświadczenia wspólne i oddzielne własności różnych rozgałęzień tej terapii. Już samą nazwę znajduje FRIEDLAENDER nie ściśłą, przyjętą więcej przez przyzwyczajenie, niż charakteryzującą zakres działania. Jestto według autora określenie zbiorowe, które pozostaje, dopóki lepszego nie znajdziemy.

Według rodzaju bodźców F. wyróżnia w terapii fizycznej sześć grup głównych:

1) Bodźce termiczne, działanie zimna i ciepła. Tutaj należą: leczenie klimatem, zimną wodą (obmywania, wycierania, półkąpiele, baseny do pływania, natryski, obwijania całkowite lub częściowe, okłady i t. d.) — miejscowe i ogólne zastosowanie ciepła (gorące okłady, fango, borowina, gorące powietrze, gorące natryski, kąpiele parowe, borowinowe, piaszkowe, świetlne i słoneczne).

2) Bodźce elektryczne (prąd przerywany, stały, franklinizacja, arsonwalizacja, kąpiele elektryczne).

3) Bodźce mechaniczne (masaż, wibracja, bierne ruchy ręczne lub maszynowe (ZANDER, KRUKENBERG), pneumoterapia).

4) Bodźce chemiczne w postaci miejscowej rewulsji (kantarydy, olejki gorczycowe, sole alkaliczne) lub w postaci ogólnej (różnorodne kąpiele mineralne, słone, z kwasem węglanym, morskie) także inhalacje.

5) Bodźce, pobudzające wolę lub naturalne (gimnastyka czynna, gimnastyka FRAENKEL'a).

Biorąc pod uwagę w podziale środków leczniczych w ogóle nie rodzaj bodźców, lecz miejsce ich zastosowania, wyróżniamy w całej ogólnej terapii trzy grupy.

1) Zastosowanie bodźców leczniczych od wewnątrz (leczenie lekarami przyjmowanymi przez żołądek, кишки lub podskórnice).

2) Zastosowanie bodźców leczniczych od zewnątrz, przy czym miejscem zastosowania bywa powierzchnia skóry w całości lub częściowo i zewnętrznie dostępne błony śluzowe. Tutaj należą obok różnych działań lekarskich i pierwsze cztery grupy bodźców fizycznych.

3) Zastosowanie bodźców leczniczych woli na drogi ruchowe — (dział identyczne z piątym działem wyżej przytoczonym). Przy bodźcach leczniczych, stosowanych od zewnątrz, a więc przy fizyko-terapii — efekt działania zależy w pierwszym rzędzie od miejsca stosowania podnieć, w drugim od natężenia i trwania działania, w trzecim od rodzaju bodźca.

Nie potrzebuje dowodzeń, że reakcja, wywołana przez bodziec, stosowany na całą powierzchnię skóry lub jej odcinek, zależy przede wszystkim od budowy anatomicznej i własności fizjologicznych podrażnionego narządu. Drugimi słowy, narząd, poddany wpływowi podnieć, zasadniczo reaguje w sposób jednaki, jakikolwiek będzie rodzaj podnieć: termiczny, mechaniczny lub elektryczny i t. d. Wiemy, jak ważną rolę odgrywa przy stosowaniu terapii fizycznej układ nerwowy, kiedy przez drażnienie nerwów skóry, mięśni lub stawów wyładowują się przewodniczące lub hamujące działania w ośrodkach nerwowych. Pomija tutaj autor kwestię, czy rola nerwów ogranicza się tylko do przewodnictwa podnieć, czy też i do pośrednictwa w wywoływaniu następczych objawów ze strony krążenia, przemiany materii i t. d. W każdym razie podrażnienie nerwów jest pierwotnym objawem odczynu i do tego pierwotnego objawu doprowadzają się wszystkie objawy, występujące jako następstwo wpływu leczniczego. Możemy sobie zachodzący tu proces wyobrazić w ten sposób, że różnorodne bodźce działają mniej lub więcej na pobudliwość tych lub innych dróg nerwowych i tym sposobem oddziałują pośrednio na inne aparaty nerwowe lub narządy, pod wpływem nerwów się znajdujące. Jednakże nie wolno nam przyjmować, zgodnie z prawem specyficznej energii nerwowej, że, jeżeli w ogóle w nerwach następuje odczyn pod wpływem pewnego bodźca fizycznego, aby odczyn ten zmieniał się jakościowo przy zmianie bodźca. Na tym momencie polega łączność różnych gałęzi terapii fizycznej, i w ten sposób objaśniamy tak często spostrzegany jednakowy skutek działania. (D. n.).

Sprawozdanie ze zjazdu przyrodników i lekarzy w Hamburgu.

od 22—28 września r. 1901.

Na pierwszym posiedzeniu sekcji medycyny wewnętrznej i chirurgii rozpatrywano sprawę leczenia operacyjnego chorób płuc. Temat powyższy posiadał dwóch referentów. Pierwszy z nich, d-r QUINCKE (Kiel), zaznacza, że najpierwszym zadaniem chirurgii jest ułatwić odpływ ropy w tych przypadkach, gdy w płucu rozwinęło się ognisko ropne. Wypełnienie jednak tego zadania jest bardzo trudne ze względu na położenie i budowę płuc, zwłaszcza, jeżeli istnieją zrosty opłucny trzewowej ze ścienną, lub jeżeli tkanka, otaczająca ropień, na skutek zadawnienia sprawy chorobowej stała się twardą i niepodatną. Mówca sądzi, że ropienie w płacie dolnym pozwala na rokowanie lepsze, niżeli w płacie górnym, ponieważ w przypadkach pierwszej kategorii wystarczy tylko otworzyć ropień, w drugiej zaś wycięcie żebra mniej lub więcej rozległe staje się koniecznym, a to dla tego, że płat dolny znajduje się w daleko lepszych warunkach wykrztuszania ropy, niż dolny. Nie potrzeba chyba zaznaczać, że rozpoznanie należyte gra rolę pierwszorzędną, zwłaszcza rozpoznanie mikroskopowe, wykrycie włókien sprężystych w płwocinie, gronkowców, łańcuszkowców, pneumokoków i t. d. Ropa, pochodząca z jam, posiada zwykle zapach nieprzyjemny i bywa wykrztuszana peryodycznie. Niestety, wykrycie jam nie należy do rzeczy łatwych, a objawy klasyczne, które towarzyszą obecności jam, posiadają znaczenie rozpoznawcze tylko wtedy, kiedy jamy znajdują się w płacie górnym. Jamy w płacie dolnym nigdy nie dosięgają rozmiarów dużych; posiadają one zwykle postać szpar, wypełnionych częściowo. Nie obojętne są dla operatora i zrosty opłucny. Częstość nie znajdujemy ich podczas operacji tam, gdzie napewno spodziewaliśmy się je znaleźć; wychodzi to choremu na złe, ponieważ zakażenie ropą jamy opłucny prowadzi często do zakażenia ogólnego i może stać się przyczyną śmierci. Dalej wspomina mówca o zgorzeli płuc i o pogorszeniu rokowania w przypadkach spraw gnilnych, z tych zaś pierwsze miejsce zajmują sprawy gnilne przewlekłe, w których przebiegu powstałe ropnie znajdują się w związku z rozszerzeniami oskrzeli. Rozpoznanie takich ropień nastęrcza sporo trudności, a leczenie ich chirurgiczne daje wyniki wcale nie zachęcające. Leczenie operacyjne ropni, spowodowanych przez ciała obce w płucach, daje wyniki znacznie lepsze. To samo powiedzieć można i o leczeniu gruźlicy, a chociaż nie zawsze udaje się usunąć całe ognisko gruźlicze, to jednak wyłączenie i unieruchomienie części płuca zdaje się wpływać dobrze na wyleczenie sprawy gruźliczej.

D-r GARRÈ (Królewiec) w swem przemówieniu stara się naprzód rozstrzygnąć pytanie, czy zrosty opłucny stanowią warunek niezbędny dla uniknienia niebezpieczeństwa odmy piersiowej podczas operacji na płucu. Wszak gdyby takie zrosty były istotnie konieczne, to chirurgia płuc posiadałaby zakres bardzo ograniczony. Statystyka dowodzi, że zrosty te istnieją w 87% przypadków, lecz należy pamiętać, że wiele operacji było spóźnionych. Nie ulega wątpliwości, że do dziś nie jesteśmy w stanie rozpoznać istniejących zrostów, to też każdy operator musi liczyć się z możliwością powstania całkowitej lub częściowej odmy piersiowej. Na szczęście spostrzeżenia kliniczne dowiodły, że niebezpieczeństwo tego powikłania było znacznie przeceniane, to też w tem przekonaniu leży, według mówcy, punkt wyjścia dla dalszego rozwoju chirurgii płuc. Z kolei rozpatruje mówca patologię odmy piersiowej, udział śródpiersia (*mediastin um*

w czynności płuca zdrowego, konieczność ustalenia śródpiersia, ażeby zapobiedz zapaści, spowodowanej niedostateczną czynnością płuca zdrowego. Niebezpieczeństwo otwarcia jamy opłucny polega na możliwości zakażenia jej, a w celu uniknięcia tego powikłania mówca radzi nakładać szew płucno-opłucnowy i tamponowanie. Otwieranie ropni, względnie jam, powstałych w skutek rozpadu, powinno odbywać się w ten sam sposób, w jaki otwieramy ropnie o ścianach twardych. Ropień ostry, niedawno powstały, daje się wyleczyć za pomocą przecięcia i sączkowania, wyjątkowo za pomocą przekłucia, a częstokroć opróżnienie następuje samo przez otwarcie go do oskrzela. Pozostałe cierpienia powinno się leczyć w sposób podany wyżej. Do tych należą: 1) gruźlica; 2) promienica; 3) ropień; 4) zgorzel; 5) rozszerzenie oskrzeli (*Bronchiectasia*); 6) bąblowiec; 7) nowotwory. Technika operacyjna rozpada się na trzy fazy: przecięcie klatki piersiowej, opłucny i przecięcie, względnie wycięcie części płuca. Przecinając klatkę piersiową, nie możemy posilkować się żadną wyłączną metodą operacyjną, a postępujemy wedle potrzeby. Co do pleurotomii, to wobec istniejących zrostów, wykonywa się ją bardzo prosto; sztuczne wywoływanie zrostów nie jest wcale potrzebne; mówca uważa je zresztą za niepotrzebne i przekłada raczej powstanie częściowej lub całkowitej odmy piersiowej. Gwałtownego otwierania jamy opłucny unikać należy ze względu na możliwe spadnięcie się płuca, jeżeli zaś potrzeba postępować szybko, to chwytą się płuco za pomocą mocnych szczypców i przyciąga się do rany w klatce piersiowej. W ten sposób płuco zdrowe nie traci swej rozciągliwości, duszność ustaje, a tętno staje się znowu silniejsze. Przyszycie płuca ułatwia wyszukanie ogniska chorobowego. Szyć należy szybko, podczas wydechu, a podczas wdechu uciska się ranę palcami lub gazą, w celu zmniejszenia odmy. Na bliskość ogniska wskazują: zgrubienie, przekrwienie opłucny trzewowej, złogi włókniaka, zmiana napięcia tkanki płucnej, ograniczone stwardnienie lub rozmiękczenie płuca. Otwarcie ropnia odbywa się najłatwiej za pomocą żegadła PAQUELIN'a. Nie należy jednak przepłukiwać jamy ropnia, a wprost wytamponować. W przypadkach ostrych ten sposób postępowania wystarcza najzupełniej, lecz w przypadkach ropni przewlekłych otwarcie samo nie wystarcza, ponieważ ropa nie znajduje się pod ciśnieniem, a ściany ropnia nie zapadają się. To też po krótkotrwałem polepszeniu początkowem następuje zwykle pogorszenie: rana nie goi się w ciągu kilku miesięcy, nieżył oskrzeli nie ustaje i w końcu powstają rozstrzenie oskrzeli (*bronchiectasia*). Takiego niepożądanego przebiegu choroby da się uniknąć przez obszerne wycięcie wewnętrznej ściany jamy i strzępów opłucny, wogóle lepiej wyciąć jedno żebro za dużo, niż za mało. Leczenie dalsze jest proste, trzeba jednak zawsze mieć na względzie możliwość krwotoku albo wskutek przeżarcia ściany większego naczynia przez wydzielinę, lub przez ucisk, spowodowany przez sączek. Następnie mówca przechodzi do leczenia chorób poszczególnych i zaczyna od gruźlicy. Wyniki, otrzymane dotychczas są wogóle zachęcające. MURPHY na 47 operacji miał 26 polepszeń, które stwierdzono jeszcze po 2—5 latach. Najradykalniej postępuje TUFFIER: w jednym przypadku wyciął on z wierzchołka płuca kawałek tkan i długości 5 ctm. i otrzymał wyleczenie trwałe. Najczęściej dokonywano wprost przecięcia i zakładano sączek, a chociaż nie zawsze osiągnięto wyleczenie, za to można było stwierdzić wyraźne polepszenie we wszystkich tych przypadkach, w których zawartość jam stała się przyczyną gorączki septycznej. W ostatnich czasach MURPHY starał się usunąć zrosty opłucny za pomocą napełniania jamy jej powietrzem wyjałowionem. Wkrótce jednak spostrzegł, że tlen szybko ulega wessaniu, dla tego więc powietrze zastąpił przez azot oczyszczony, wpędzając

po $\frac{1}{2}$ —2 litrów tego gazu w odstępie 6—10 tygodniowym. Tę metodę MURPHY stosował w 7 przypadkach i podobno w 5 otrzymał znaczne polepszenie. Aczkolwiek spostrzeżenia te są zbyt krótkotrwałe, to jednak zasługują na uwagę i wypróbowanie. Chirurg powinien się zawsze rządzić zasadą: rozpoznanie powinno być jaknajściślej, a indywidualizowanie chorych jaknajdokładniejsze. Pogląd swój na chirurgię płuc mówca streszcza w sposób następujący: 1) Otwarcie szerokie, sączkowanie, względnie tamponowanie jam w płucu należy wykonywać w tych przypadkach, w których spotykamy zastój wydzieliny i rozkład jej, spowodowany przez zakażenie mieszane, co staje się przyczyną gorączki septycznej. 2) W przypadkach jam wyosobnionych i ognisk gruźliczych w płacie dolnym jest wskazane otwarcie szerokie i, jeżeli można, wycięcie całego nacieku z następczą torakoplastyką. Prócz gruźlicy uciekano się do zabiegu operacyjnego jeszcze w cierpieniach następujących: z powodu promienicy operowano 8 razy; technika i wskazania nie odznaczają się niczem nadzwyczajnem. Na 96 przypadków ropnia płuc otrzymano 77 wyzdrowień, a 19 śmierci. Pneumotomia i torakoplastyka stanowi tu zabieg najwłaściwszy, a im wcześniej zostanie wykonana operacja, tem rokowanie jest lepsze. Powikłanie ropnem zapaleniem opłucny spostrzegano rzadko. W zgorzeli płuc rokowanie jest mniej pomyślne. Na 122 przypadki w 42 było zejście śmiertelne. Przyczynę śmierci w większości przypadków stanowiło dalsze postępowanie zgorzeli, powikłanie zapaleniem opon mózgowych, ropniem mózgu lub zatory pni tętniczych. Ogniska zgorzelinowe zajmowały przeważnie dolny płat płuca często z otorbionym otokiem ropnym. Stosowano tylko pneumotomię. Jeżeli ognisko zgorzelinowe znajdowało się w płacie górnym, a opłucna była wolna, to operację rozkładano na dwa posiedzenia.

Z pośród 57 operowanych wskutek rozstrzeni oskrzeli (*bronchiectasia*) 21 zmarło albo bezpośrednio po zabiegu, albo w ciągu pierwszych tygodni. W 46 otrzymano wynik pomyślny, lecz zaledwie połowę z nich można uważać za wyleczonych. Cięcie w przestrzeni międzyżebrowej i założenie sączka po uprzednim rozsunięciu tkanki na tępo należy bezwarunkowo zarzucić nawet w przypadkach prostych i łatwych.

Z powodu bąblowca operowano 79 chorych; z pośród tych zmarło tylko 8. Przekłucie w takich razach jest i bezskuteczne i niebezpieczne, należy więc zawsze uciekać się do zabiegu chirurgicznego.

Wycięcia nowotworów dokonywano dotychczas bardzo rzadko głównie z powodu trudności rozpoznawczych. HELFERICH w przypadku mięsaka płuca podwiązał je u samych wrót i dokonał pneumotomii zupełnej. Aczkolwiek zejście w tym przypadku było niepomyślne, to jednak mówca sądzi, że w przypadkach odnośnych możnaby skutecznie usunąć cały płat płuca.

D-r BARDENHEUER (Kolonia). „Leczenie operacyjne rwy kulszowej pochodzenia urazowego“. Mówca twierdzi, że pośrednie lub bezpośrednio uszkodzenie, naderwanie lub stłuczenie splotu kulszowego na przestrzeni pomiędzy kanałem kręgowym aż do *foram. sacral. anter.* może stanowić przyczynę rwy kulszowej i dla tego zaleca uwolnienie pni nerwowych z kanału kostnego. W czterech spostrzeganych przypadkach podczas operacji stwierdzono obrzmienie nerwu, zaczerwienienie i zgrubienie okostny i otoczki nerwowej, w jednym zaś operowanym przypadku, w którym nie było w etiologii urazu, nie znaleziono w nerwie żadnych zmian anatomicznych. Wyniki operacyjne były bardzo dobre, to też B. sądzi, że do tego zabiegu należy uciekać się zawsze, jeżeli inne metody lecznicze są bezskuteczne.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Księga jubileuszowa doktora medycyny Teodora Dunina, ordynatora szpitala Dzieciątka Jezus, ku uczczeniu 25-letniej działalności Jego lekarskiej, wydana przez Jego byłych i obecnych uczniów:

Witosiława Dąbrowskiego, Józefa Goldbauma, Mieczysława Halperna, Władysława Janowskiego, Tadeusza Jasińskiego, Stanisława Kopezyńskiego, Anastazego Landaua, Henryka Landaua, Władysława Lehra, Jana Markiewicza, Salomona Mintza, Stanisława Mutermilcha, Stanisława Nowaczka, Władysława Palmirskiego, Aleksandra Pańskiego, Józefa Pstrokońskiego, Antoniego Puławskiego, Kazimierza Rzętkowskiego, Józefa Skłodowskiego, Ignacego Świętochowskiego i Stanisława Trzebińskiego (z 4 tablicami litografowanymi, jedną autograficzną, 30-ma drzeworytami oraz portretem Jubilata).
Warszawa. Druk Kowalewskiego. Mazowiecka 8. 1901 r. Str. 529.

Ponieważ książka niniejsza odbita została w ograniczonej bardzo liczbie egzemplarzy (137), i prace, w niej zawarte, w żadnym z czasopism naszych nie będą przedrukowane, postaramy się chociaż w krótkich słowach zapoznać naszych czytelników z treścią tego wykwintnego i bardzo sumiennie zredagowanego wydawnictwa. Na pierwszym miejscu znajdujemy życiorys Jubilata D-ra Teodora DUNINA, skreślony piórem kol. Wł. JANOWSKIEGO. Autor w bardzo ciepłych wyrazach charakteryzuje bardzo trafnie i umiejętnie, a bez żadnej przesady, dotychczasową działalność Szanownego Jubilata, po czym podaje spis prac oryginalnych tegoż; następnie znajdujemy spis prac oryginalnych byłych i obecnych asystentów, D-ra DUNINA, ogłoszonych z jego oddziału.

Treść szeregu prac, zawartych w książce omawianej, jest następująca:

Kazimierz RZĘTKOWSKI. W sprawie przemiany materii przy przewlekłym zapaleniu nerek. Str. 25. W oddziale wewnętrznym von NOORDEN'a (we Frankwurcie n. M.) autor badał przemianę materii w jednym przypadku *nephritidis chronicae mixtae, praecipue parenchymatosae*.

Codziennie były określane: ilość dobowa moczu, jego ciężar właściwy, odczyn, ilość N (ogólna, w białku, kwasie moczowym i zasadach ksantynowych), ilość P_2O_5 i Cl; w kale waga substancji świeżej, wysuszonej i spopielonej, ilość N i P_2O_5 .

Prawie codziennie określany był azot w mleku, pieczywie i mięsie. P_2O_5 oznaczał autor w porcyach z kilku dni. Badanie trwało 23 dni. Wnioski autora są następujące:

- 1) Organizm chorego na przewlekłe zapalenie nerek jest w stanie przyswajać i odkładać białko pokarmów pomimo utraty białka przez nerki.
- 2) W porównaniu z ustrojem zdrowym następuje tu: zatrzymanie P_2O_5 , zmniejszenie wydzielania kwasu moczowego i zwiększenie wahań w wydzielaniu N z moczem.
- 3) Mięso w ilości 350,0 *pro die* nie wywołuje podrażnienia nerek (nie zwiększa białkomoczu).

Aleksander PAŃSKI (Łódź). Przypadek rozsianego zapalenia rdzenia (*Myelitis disseminata acuta, Encephalomyelitis*) po zacczadzeniu, zakończony wyzdrowieniem. Str. 53. Jedyny tego rodzaju przypadek, opisany w literaturze. Objawy nerwowe następujące: Przemijająca utrata przytomności. Senność. *Amnésie retrograde*. Mowa powolna i czasami niewyraźna. Spastyczny paraliż dolnych kończyn (wzmoczenie odruchów kolanowych i stopowych. Fussclonus). Nieznaczne osłabienie czucia dotykowego, bólowego, uciskowego i ciepłego na dolnych kończynach. *Incontinentia urinae et alvi*.

Władysław JANOWSKI. Znaczenie rozpoznawcze i rokujące krwawych wymiotów. Str. 65.

Autor opisuje wymioty krwawe, zdarzające się w przebiegu cierpień żołądka, wątroby, trzustki, dwunastnicy, śledziony, sieci, kiszek, otrzewny i w przebiegu chorób ogólnych ustroju (żółta febra, dżuma, skorbut, choroba WERLHOFF'a, ciężka posocznica, *melaena neonatorum*, białaczka, *haemophilia*, ciężkie postaci blednicy, histerya wisceralna, *crises gastriques*, wstępny okres chorób zakaźnych). Różniczkowanie różnych postaci wymiotów krwawych i rokowanie przy nich stanowią treść pracy.

Władysław JANOWSKI. Trzy przypadki zapalenia nerwów wskutek otrucia arsenikiem. Str. 81.

Pierwszy przypadek autora miał miejsce po ostrem otruciu zielenią SCHWEINFURTH'a, dwa drugie przypadki dotyczą zapalenia nerwów po chronicznem zatruciu arsenikiem (Solutio Fowleri w II przypadku, wypchany gołąb' w III). Wszystkie trzy przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Wbrew ogólnie znanemu szematowi, mięśnie wyprostne i zginacze były zajęte w jednakowym stopniu, a w przypadku I zginacze były nawet więcej zajęte, niż mięśnie wyprostne. Na rękach ucierpiał najwięcej *n. medianus*, potem *n. ulnaris*, najmniej *n. radialis*. We wszystkich trzech przypadkach autor znalazł zanik mięśni, bolesność pni nerwowych i mięśni przy ucisku, osłabienie czucia dotykowego i stereognostycznego, wzmożenie czucia bólu. Zaburzenie w czuciu temperatury było tylko w I przypadku; osłabienie czucia mięśniowego w I i II przypadku. Niezborność ruchów wystąpiła w I i II przypadku w kończynach górnych. Trzeci przypadek jest bardzo niezwykle ze względu na wyłączne umiejscowienie sprawy w lewej ręce, zupełny brak bólów i kompletne zniesienie czucia stereognostycznego.

Z innych objawów zanotujemy: wysypkę ludzaco podobną do szkarlatynowej, wzniesienie temperatury do 39° C. i osiwienie włosów na tydce — w I przypadku; zmiany troficzne w paznogciach — w I i II przypadku.

Józef GOLDBAUM. O sztucznem żywieniu chorych. Str. 135.

Autor roztrząsa wartość kliniczną żywienia chorych za pomocą zgłębnika żołądkowego, lawatyw odżywczych i iniekcji podskórnych, rozpatruje używane ogólnie pokarmy co do ich wsysalności w odbytnicy i co do przyswajania przy wprowadzeniu pod skórę. Chcąc wprowadzić do ustroju możliwie większą ilość Cal., należy, według autora, używać następującej kombinacji: z lawatywy LEUBE'go (300 ctm. sz. mleka, 3 jaja surowe, 40,05 skrobii i 3,0 soli kuchennej) = 2×550 = 1100 Cal. i 100,0 oliwy, wprowadzonej pod skórę = 930 Cal. Dostarczamy choremu w ten sposób około 2000 Cal!

Anastazy LANDAU. Badania nad sprawnością nerek za pomocą błękitu metylenowego. Str. 153.

Autor przeprowadził ogółem 24 badania nad 19 chorymi (wady zastawkowe serca, niedomoga sercowa, zapalenie nerek ostre i przewlekłe, miażdżyca tętnic, moczówka cukrowa, moczówka zwykła, małokrwistość złośliwa). W 3 przypadkach ostrego zapalenia nerek i w 1 przypadku zapalenia przewlekłego śródmiąższowego dane autora nie zgadzają się z danymi BARD'a. Przy marskości nerek autor nie znalazł wydłużenia okresu wydzielania z opóźnionym początkiem, jak tego chcą autorowie francuscy. W 1 przypadku ostrego zapalenia nerek próba z błękitem nie wykazała niedomogi nerkowej, pomimo że u chorego były objawy za trucia mocznikowego. W okresie niedomogi sercowej autor zauważył tendencję do opóźnienia początku wydzielania i dłuższego trwania eliminacji.

Władysław LEHR. O leczeniu nerwobólu kulszowego (*ischias*) mięsieniem i bezkrwawymi naciąganiem. Str. 175.

Autor osiągnął zupełne wyleczenie w 26 przypadkach nerwobólu po 7—38 — 66 posiedzeniach. W 4 przypadkach nastąpiło polepszenie po 6, 8, 27 i 36 seansach. Mięsień był stosowany nawet w tych przypadkach, które miały za podstawę sprawę zapalną nerwu.

Władysław PALMIRSKI. O błonicy i surowicy przeciwbłoniczej. Str. 193.

Autor szczegółowo opisuje sposób otrzymywania surowicy, stosowany w jego zakładzie od roku 1894, zastanawia się nad poglądami na budowę toksyn, mówi o sposobach określania siły antytoksycznej surowicy i o wpływie czynników fizycznych na nią. Pracę ilustruje kilka tablic, pokazujących: 1) stopniowanie dawek jadu przy iniekcjach, 2) ciepotę trzech koni w okresie wstrzykiwania jadu błoniczego i 3) wahania w sile surowicy pod wpływem różnych czynników.

Stanisław NOWACZEK (Kijów). Przypadek skurczowego zwężenia przelyku. Str. 219.

Skurcz przelyku zjawiał się nagle u 60-letniej rekonwalescenki po influenzy. Przyczyną wywołującą było otrzymanie nieprzyjemnej wiadomości. Chora przed laty przechodziła zanik połowy twarzy, a obecnie ma wole. Autor robi przypuszczenie, że wspólnym źródłem wszystkich trzech spraw chorobowych są zaburzenia w obrębie nerwu współczulnego. Po sondowaniu nastąpiło polepszenie.

Henryk LANDAU. Poszukiwania doświadczalne nad zachowaniem się żelaza w ustroju zwierząt i ludzi. Str. 231. Z trzema tablicami.

Brak miejsca nie pozwala opisywać tu metodyki autora i przebiegu doświadczeń. Powiemy tylko, że autor przeprowadził cały szereg badań histologicznych i chemicznych.

1) Nieorganiczne sole żelaza w pewnej, choć nieznacznej ilości wchłonięte zostają przez dwunastnicę i przechodzą dalej do naczyń limfatycznych, a po części i krwionośnych dwunastnicy.

2) Wchłonięte żelazo odkłada się w wątrobie, w mniejszej ilości w śledzionie i szpiku kostnym (w dwu ostatnich pod postacią ścisłego połączenia organicznego).

3) Fizyologiczne wydalanie żelaza odbywa się głównie w dolnym odcinku kiszek, poczynając od кишки ślepej; mniejsza ilość zostaje wydalona przez nerki.

Stanisław KOPCZYŃSKI. Z kazuistyki nowotworów i ropni mózgowia. Str. 303.

Autor podaje ścisły opis kliniczny 10 przypadków: 7 nowotworów i 3 ropni mózgu. Z nowotworów 4 znajdowały się w mózdzku, 1 w moście WAROL'a, 1 w płacie ciemieniowo-czołowym i 1 w płacie potylicznym. Ropnie były umiejscowione w płatach: skroniowo-potylicznym, czołowym i skroniowym. 2 ropnie były operowane z zejściem niepomyślnem.

Salomon MINTZ. O nadżerkach wybroczynowych żołądka. Str. 343.

Objawem swoistym tej stosunkowo rzadkiej sprawy chorobowej jest stała obecność strzępków błony śluzowej żołądka w przepłuczynach na czczo. Autor obserwował 2 przypadki tej choroby. Dominującym objawem były tu wymioty, mające wszystkie cechy wymiotów nerwowych. W pierwszym przypadku strzępki błony śluzowej były zabarwione krwią, w przypadku drugim — zmieszane z niewielką ilością śluzu. Autor stosował przemywania żołądka 1^o/₀₀ roztworem saletrzanu srebra i duże dawki bizmutu. Wyleczenie nastąpiło po 10 i 18 dniach.

Stanisław TRZEBIŃSKI (Wołoczyska), O operacyjnym leczeniu obrzęków przy *hydrops anasarca*. Str. 351.

Treścią tej pracy jest przedstawienie zalet i wad metody sączkowania, skaryfikacji i metody lejkowej STRAUB'a. Dalej autor zestawia odnośną statystykę

i podaje opis 2 przypadków, leczonych metodą sączkowania, która podług niego ma najwięcej widoków powodzenia.

Stanisław MUTERMILCH. Własności chemiczne i morfologiczne wysięków tłuszczowych (*hydrops chylosus et chyloformis*). Str. 367.

Autor badał płyn, wyciągnięty z jamy opłucny 5 miesięcznego dziecka, które zostało uderzone w bok.

Płyn przedstawiał bardzo dokładną zawiesinę tłuszczową i był zupełnie jałowy.

Podobny do mleka, barwy białej z odcieniem lekko żółtawym, nieprzezroczysty, bezwonny, o ciężarze właściwym 1,017 — płyn ten oddziaływał zasadowo.

Przy badaniu pod mikroskopem znaleziono: sporo tłuszczu w postaci delikatnych pyłków, obdarzonych żywym ruchem cząsteczkowym, skąpe białe ciała krwi (limfocyty z wakuolami i neutrofile z ziarenkami tłuszczu), zluszczone komórki śródbłonkowe z ziarenkami tłuszczu i skąpe czerwone ciała krwi.

W 100 centymetrach sześciennych płynu autor znalazł 8,36 części stałych, a mianowicie: białko 6,135, wyciąg eterowy 1,481, cholestearyna 0,174, sole rozpuszczalne 0,563, sole nierozpuszczalne 0,028 substancje wyciągowe wodne 0,132, substancje wyciągowe alkoholowe 0,121.

Witostaw DĄBROWSKI. Badania nad zarazkiem ospy. Str. 397; z tablicą.

W zawartości krost i ropni chorych na ospę autor stale znajdował dwa rodzaje drobnoustrojów: 1) „drobne ciała“ w postaci ciemnowych okrągłych lub wydłużonych punkcików; większość tych ciałek była otoczona cieniutką jasną obwódką; 2) „większe koki“ pod postacią przezroczystych żółtawo zabarwionych kulek o brzegach ostrych, otoczonych wyraźnym cieniutkim białym rąbkiem. Drobnoustroje te rozmnażają się przez pączkowanie, i jak twierdzi autor, dają się hodować na agarze.

Tadeusz JASIEŃSKI. Przypadek astazyi-abazyi i kilka uwag o tem cierpieniu. Str. 411.

Przypadek dotyczy 29-letniego histeryka. Wyleczenie nastąpiło po kilku seansach hipnotycznych. Sądząc „ex juvantibus“, autor uważa astazyę-abazyę za objaw histeryczny zależny od nieświadomej autosugestyi.

Antoni PUŁAWSKI (Nałęczów). Neurastenia peryodyczna. Str. 421.

Autor podaje obraz kliniczny siedmiu przypadków neurastenii peryodycznej. Zarówno przebieg, jaki dodatnie wyniki leczenia zakładowego wyłączają stanowczo możliwość istnienia choroby umysłowej w tych 7 przypadkach. W przypadku VI neurastenia była powikłana histeryą, którą autor tłumaczy stany podniecenia, zjawiające się u chorego co pewien czas. Dwa inne przypadki (VIII i IX), podane przez P., były powikłane cierpieniem umysłowym: w jednym była psychoza w wywiadach, drugi przeszedł w typową *folie circulaire*.

Antoni PUŁAWSKI (Nałęczów). Próba określenia wartości odżywczej jedzenia w zakładzie leczniczym.

Jest to szereg obliczeń, wykonanych podług tablic KÖNIG'a, dzieła JAWORSKIEJ i Encyklopedii rolniczej. Z obliczeń tych wypada pomiędzy innemi, że dyeta zakładu Nałęczowskiego daje średnio 4600 Cal. dziennie na 1 osobę.

Józef PSTROKOŃSKI. Pierwotny mięsak żołądka. Str. 453. Z 1 tablicą.

Za życia chorego nowotwór przedstawiał się pod postacią bolesnego guza, który wywoływał cały szereg zaburzeń w trawieniu: bóle po jedzeniu, brak łaknienia, wymioty i zaparcie stolca trwały długi czas i spowodowały ogólne wychudzenie i osłabienie. W treści żołądkowej znajdowano stale duże ilości kwasu mlecznego obok niewielkiej ilości kwasu solnego wolnego.

Na 4 tygodnie przed śmiercią wolny HCl znikł, a w wymiocinach pokazała się krew.

Na autopsyi znaleziono *sarcoma globocellulare*, jako rozlane zgrubienie ściany żołądka, owrzodzone w jednym miejscu. Błona śluzowa żołądka była zachowana na całej przestrzeni oprócz miejsca owrzodzenia. Przerzutów ani powiększenia śledziony nie znaleziono.

Jan MARKIEWICZ. O przewlekłym unieruchamiającym zapaleniu kręgosłupa. Str. 477; z 4 drzeworytami.

Autor opisuje 2 przypadki typu MARIE-STRUEPPELL'a. Przypadek II na pierwszy rzut oka był ładząco podobny do ogólnego zniekształcenia stawów. Przebieg kliniczny i wstępujący kierunek rozprzestrzeniania się sprawy pozwoliły zrobić należyte rozpoznanie.

Józef SKŁODOWSKI. Dwa przypadki ciężkiej niestrawności nerwowej. Str. 489.

Bardzo pouczające i dające do myślenia spostrzeżenia zarówno terapeutom, jak chirurgom. Czysto nerwowe objawy (uporczywe i ciężkie wymioty, silne bóle) wzięto za chorobę organiczną żołądka — wobec ogromnego wychudnięcia i wzmianki o wymiotach krwawych w wywiadach — i leczono operacyjnie, pierwszy przypadek był operowany aż dwa razy. Na tej „autopsia in vivo“ wybitnych organicznych zmian nie znaleziono.

Mieczysław HALPERN. W sprawie leczenia tętniaków aorty za pomocą podskórnych wstrzykiwań żelatyny. Str. 501.

Opis trzech przypadków, leczonych bez rezultatu.

Ignacy ŚWIĘTOCHOWSKI. Przyczynek do nauki o migrenie. Str. 521.

Autor treściwie opisuje 13 przypadków migreny. W 2 przypadkach badanie treści żołądkowej, wyciągniętej podczas napadu, wykazało znaczną nadkwasność soku żołądkowego. Taki wynik badania skłonił autora do zastosowania u niektórych chorych przeważnie białkowej diety z ograniczeniem tłuszczu i wodorowęglanu. Z liczby 8 przypadków, leczonych w ten sposób, w 6 napady migreny ustały zupełnie i nie ponawiały się w ciągu 1 — 2-letniej obserwacji; w 2 innych przypadkach nastąpiło polepszenie. Wszystkie obserwacje dotyczą osobników młodych (uczniów szkoły technicznej).

Bolesław Żebrowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— RUMPF zwraca uwagę na zubożenie krwi i tkanek ustroju w sole potasowe przy małej ilości kwasu indoksylosiarczanowego. W siedmiu przypadkach tego cierpienia autor stosował pigułki z węglanu i cytrynianu potasu jednocześnie z ferratyną ewentualnie z chininą i w 4 z tych przypadków osiągnął znakomite polepszenie.

— LOEBISCH z Innsbrucku znalazł na osobniku zdrowym, że urotropina zmniejsza ilość kwasu indoksylosiarczanowego w moczu. Autor radzi spróbować, czy nie jest ona w stanie zatrzymać gnicia w kiszki przy różnych cierpieniach przewodu pokarmowego; środek zaleca się swoją rozpuszczalnością i nieszkodliwością. B. Z.

SANATOGEN

Środek wzmacniający
Działanie tonizujące

Zupełnie nie drażni.

Panom lekarzom wysyła próby i broszury
bezpłatnie reprezentant: **Biertuempfel**,
Warszawa Marszałkowska 136.

Fabrykanci: **Bauer & C-ie**,
Berlin, S. O. 16.



Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

Zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:



Nenekiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Wars.
Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Konia-
ku z winogron bez obcych przymieszek.
Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej
Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej
kliniki ginekologicznej.
Sprzedaż wo wszystkich lepszych handlach win w Warsza-
wie i na prowincyi.

Aparaty Dezynfekcyjne
za pomocą **Formaldehydu**

do dezynfekcji
MIESZKAN,
MEBLI,
Sardoroby
i wszelkich
PRZEDMIOTÓW
bez
uszkodzenia
takowych.

Adolf Witt poleca
FABRYKA
ul. Leopoldyny № 11

— Skład fabr. Elektoralna 21

CENNIKI NA ZADANIE

MERAN

stacya klimatyczna jesienno-zimowa dla prze-
wlekłych chorób wewn., kostytucyjnych, ner-
wowych, jako też dla osłabionych i wyzdrowień-
ców. Suchy, słoneczny klimat, wspaniałe pro-
menady, wszelkie urządzenia fizykalno-lecznicze,
tanie pensyony. Troskliwa opieka. Broszury
o Meranie bezpłatnie i opłatnie za łask. pośredn.
Administracya „Medycyny“. Listownych wyjaś-
nień udziela lekarz-polak **Dr. BINDER**
Willa Gothensitz (w pobliżu kolei).

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowe sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże). Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra BORZYŃKOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Barcza, Cepousza, Filloborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziolkowicza, Kozłowskiego, Lilpopa, Malinowskiego, Mieszczńskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Różyckiego, Strzyńskiego i Fricka, Stypińskiego i Surzyckiego, Welta i Zilbora, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhofs.

Składy główne: Karmelicka 6, m. 7.
Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelecki i S-ka“, Tel. № 1341).
W Lublinie: w składzie **Wł. Magierskiego**.
W Kaliszu: w aptece **K. Rybickiego**.
w Kielcach w aptece **A. Wierzbity**.

ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowski i A. Kuczyński

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp
Chorych na uszy od 12—2 pp.

Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikro-
skopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żo-
łdkowej, kału, wydzielin z narządów mocz-
płciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfteryty-
cznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki
lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Warszawski Zakład Ginekologiczny Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecymi, jako też spodziewające się
slab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Wiesbaden Lekarz chorób skóry i syfilitycznych

Friedrichstrasse 16. D-r med Julius Müller