

# 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 Administraeya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Pomysł operacyjnego leczenia rwy kulszowej. Podał d-r Roman Barącz. — 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. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI, 17. Doświadczenia porównawcze nad działaniem chorobotwórczym laseczników gruźlicy ludzkiej i laseczników perlicy na bydło. — Sprawozdanie ze zjazdu przyrodników i lekarzy w Hamburgu od 22—28 września r. z. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. A. Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 stycznia do 14 lutego r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BLEZĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r R. Barącz — Sur le traitement operatoire de l'ischias. 2) S. Goldflam — Sur la paralysie asthénique. 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 R. Barącz — Ueber die operative Behandlung der Ischias. 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.

## Pomysł operacyjnego leczenia rwy kulszowej.

Podał

D-r ROMAN BARĄCZ.

Docent chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego.

Operacyjne leczenie rwy kulszowej polega zazwyczaj na wykonaniu krwawego naciągania nerwu kulszowego, zabiegu, poleconym już dawno przez BILLROTH'a i NUSSBAUM'a. Wyniki tej operacji są niepewne; tylko SCHEDE<sup>1)</sup> i NOCHT wspominają o lepszych wynikach po tym zabiegu (na 24 przypadki 21 miało być wyleczonych, a w 16 wynik miał być natychmiastowy i trwały). Naciąganie nerwu bezkrwawe, poleczone przez TROMBETTA'ę<sup>2)</sup>, nie znalazło wielu zwolenników.

1) Porów. A. HOFFA. Chirurgie der unteren Extremitäten. Handbuch der praktischen Chirurgie, Stuttgart 1891, Tom 4, 2 część, S. 242.

2) TROMBETTA. Sullo stiramento dei nervi. Studii pathologie e clinici. Messina. 1884.

W przypadkach ciężkich odważano się nawet na wykonanie bardzo znacznych zabiegów. Tak W. H. BENNET<sup>3)</sup> i D. GIORDANO<sup>4)</sup> (Wenecya), każdy z nich w ciężkim przypadku rwy kulszowej wykonali po nieudatnem naciąganiu krwawem laminectomię i środoponowe przecięcie a względnie rezekcyę tylnych korzeni nerwu kulszowego.

W przypadku BENNET'a rozchodziło się o 45-letniego wyrobnika z kurczowymi bólami w lewem podudziu i kiłowemi zmianami w kości łydkowej. Pomimo leczenia przeciwprzymiotowego, wykonania amputacji w stawie kolanowym, naciągania nerwu kulszowego, rezekcyi tegoż, bóle nie ustawały, a chory bardzo wynędzniał. BENNET otworzył kanał kręgowy, a ponieważ nie zauważył żadnych wybitnych zmian w części lędźwiowej mlecza pocięzowego, przeciął korzenie lędźwiowe 1-go, 3-go, 4-go i 5-go kręgu lędźwiowego i 1-go i 2-go krzyżowego, przez co uwolnił chorego od bólów, jednak nie uwolnił go od skurczów (po operacji nie bolesnych). Chory zmarł jednak 10-go dnia po operacji z powodu krwotoku mózgowego.

D. GIORDANO wykonał podobną operacyę u 26-letniego mężczyzny, cierpiącego na rwę kulszową po stronie prawej, u którego już przed pół rokiem wykonał bezskutecznie krwawe naciąganie nerwu. Osteoplastyczna rezekcyja tylnych łuków 11-go i 12-go kręgu grzbietowego i 1-go kręgu lędźwiowego; rezekcyja tylnych korzeni na całej odsłoniętej powierzchni szpiku pocięzowego; zaszycie otwartej opony twardej cieniutkim katgutem. Chory mógł już w dniu operacji poruszać kończyną, ale stracił w niej czucie. Drugiego dnia po operacji dostał chory bólów na przebiegu *n. saphenus internus dexter*, które ustąpiły na stałe dopiero po rezekcyi wspomnianego nerwu. Chory mógł już 20 dnia po operacji wstawać z łóżka; pozbył się wprawdzie bólów, jednak nie był zadowolony z wyniku operacji z powodu utraty czucia.

BARDENHEUER<sup>5)</sup> (Kolonja) przekonał się podczas wykonania rezekcyi stawu krzyżowo-biodrowego (*synchondrosis sacroiliaca*) z powodu sprawy gruźliczej, że grzybowata ziarnina przy gruźliczych zmianach tego stawu wrasta w otwory krzyżowe przednie (*foramina sacralia anteriora*), i że wrastanie to grzybowatych granulacyi należy uważać za przyczynę równocześnie istniejącej rwy kulszowej; przez wykonanie rezekcyi całego stawu wyleczył on rwę kulszową.

BARDENHEUER uważa za przyczynę t. zw. urazowej rwy kulszowej w wielu przypadkach nieprawidłowe zrosty nerwu z okostną kością krzyżowej i zrosty opony twardej z pochewką nerwu. Wychodząc z tego zapatrywania, rezekował on w 2 przypadkach cały staw biodrowo-krzyżowy, w 3 tylko dolną część tego stawu i wyleczył w ten sposób 4 przypadki. Poleca on ograniczać w przyszłości tę operacyę do odsłonięcia 1-go korzenia krzyżowego i rezekcyi kanału krzyżowego, ponieważ na tem miejscu znajdował zmiany patologiczne, jak: zgrubienie okostny, przekrwienie pochewki nerwo-

---

<sup>3)</sup> W. H. BENNET. Subdural division of posterior roots of spinal nerves. Royal med. and surgical Society. The Lancet 1889, kwiecień 27, Tom I, str. 839.

<sup>4)</sup> Davide GIORDANO. Un caso di resezione intraarachnoidea delle radici posteriori a cura di sciatica rebelle. Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche. 1900. Nr. 147.

<sup>5)</sup> BARDENHEUER. Operative Behandlung der Ischias traumatica. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg. Sekcyja chirurgiczna. Referat w Centralbl. für Chir. 1901, Nr. 50. Str. 1242.

wej i zgrubienie samego nerwu. Operacja ta nie ma być większa i niebezpieczniejsza od krwawego naciągania nerwu!

Z powyższego widzimy, że operacyjne leczenie rwy kulszowej nie jest jeszcze ustalone, i że mamy bardzo uporczywe przypadki rwy, w których krwawe naciąganie nerwu nie wystarcza.

W ostatnim czasie FAJERSZTAJN<sup>6)</sup> ze Lwowa zwrócił uwagę na 2 rozpoznawcze znamiona rwy kulszowej, na t. zw. objaw LASÈGUE'a i na t. zw. skrzyżowany objaw kulszowy (gekreuztes Ischiasphänomen); oba te objawy, zdaniem mojem, mają nietylko wielkie znaczenie rozpoznawcze, ale dają równocześnie pewne wskazówki co do chirurgicznego leczenia rwy kulszowej w przyszłości.

Objaw LASÈGUE'a polega, jak wiadomo, na tem, że u chorych dotkniętych rwą kulszową, możemy kończynę chorą zginać w stawie biodrowym nie wywołując żadnego bólu, skoro równocześnie zegnijemy kończynę w stawie kolanowym. Skoro jednak ruch ten wykonamy przy wyprostowaniu podudzia, występuje nagle w przebiegu całego nerwu chorego, a osobliwie w miejscu jego wyjścia z zatoki siedzeniowej większej (*incisura ischiadica major*), gwałtowne uczucie bólu. FAJERSZTAJN wykazał nadto, że uczucie to bólu w miejscu wyjścia chorego nerwu występuje także wtedy, jeżeli zdrową kończynę w podobny sposób przy wyprostowaniu podudzia podniesiemy do góry; nazwał on objaw ten skrzyżowanym objawem kulszowym.

Że objaw LASÈGUE'a powstaje wskutek naciągania nerwu kulszowego, wykazał to BEUERMANN<sup>7)</sup> doświadczeniami na zwłokach. Że przy skrzyżowanym objawie kulszowym FAJERSZTAJNA siła działania naciągania przenosi się ze zdrowego nerwu na chory, wykazały również liczne doświadczenia FAJERSZTAJNA na zwłokach; wykazały one, że nawet przy miernem naciąganiu siła działania przenosi się przez pośrednictwo opony twardej na korzenie nerwu kulszowego strony przeciwnej; FAJERSZTAJN wykonywał swoje doświadczenia w sposób następujący: przy ułożeniu trupa na brzuchu, odsłaniał (za pomocą laminektomii i oddłutowania wyrostków poprzecznych kręgów aż do zwojów rdzeniowych) oponę twardą mleczną, jak również kanały międzykręgowe dolnych kręgów lędźwiowych i 3 górnych krzyżowych; następnie odsłaniał cięciem oba nerwy kulszowe i podwiązywał je. Przy lekkim nawet naciąganiu podwiązki (nerwu kulszowego) nie tylko napina się sam nerw wraz ze swoimi splotami, ale siła naciągania przenosi się za pośrednictwem korzeni splotu, których pochwa jest zrosnięta z okostną i z oponą twardą, na sam mlecz pacierzowy. Przy pociąganiu nerwu kulszowego widzimy, że dolna część przepony wraz z pochwami dla korzeni nerwów zostaje przytem wciągnięta w odpowiednie kanały międzykręgowe, i że nawet przeciwna strona opony twardej oddala się przytem od kanału szpikowego.

Podczas swoich badań na zwłokach, stwierdzających w zupełności doświadczenia kolegi FAJERSZTAJNA, przekonałem się, że zjawisko wyżej opisane występuje tem wybitniej, im bliżej naciągamy nerw kulszowy ku jego końcowi dośrodkowemu. Jeżeli natomiast nerw odsłonimy nie w fałdzie pośladkowej, ale w miejscu jego wyjścia z pod mięśnia gruszkowego (*pyriformis*) z wcięcia siedzeniowego większego (*incisura ischiadica major*), i jeżeli go

---

<sup>6)</sup> J. FAJERSZTAJN. Ueber das gekreuzte Ischiasphänomen. Ein Beitrag zur Symptomatologie der Ischias. Wiener klinische Wochenschrift. 1901, Nr. 2, str. 41—47.

<sup>7)</sup> Por. FAJERSZTAJN, L. c.

na pewnej przestrzeni oddzielimy<sup>o</sup> na tępo od otaczającej go tkanki łącznej w kierunku ku przedniej powierzchni kości krzyżowej, wtedy możemy o wiele łatwiej i głębiej wciągnąć jego korzenie (nawet przy użyciu bardzo słabej siły pociągania), aniżeli przy naciąganiu go w środku uda lub na wysokości fałdy siedzeniowej. Przytem przekonałem się, że nerw kulszowy w stanie prawidłowym jest w części swojej, leżącej powyżej wcięcia siedzeniowego większego, za pomocą bardzo silnych i napiętych zrostów zrosnięty z otaczającą go tkanką łączną; zrostów podobnych na całym dalszym przebiegu nerwu nigdy nie zauważyłem; w celu uwolnienia go od tych zrostów, istniejących w każdym badanym przypadku, należy użyć dość znacznej siły wskaźnika. Łatwo też możemy pojąć, dlaczego po tym zabiegu naciąganie nerwu w tem miejscu tak łatwo przenosi się na jego korzenie.

Wyniki te moich doświadczeń na zwłokach oraz spostrzeżeń, zrobionych przez LASÈGUE'a i FAJERSZTAJNA na osobie żyjącej, a zarazem własny przypadek rwy kulszowej, spowodowanej zimnym ropniem w miejscu wyjścia nerwu z otworu siedzeniowego większego, w którym po każdorazowym przekłuciu bóle się zmniejszały, a przy nagromadzeniu ropy ponownem wzmagaly się znacznie, wszystko to naprowadziło mnie do przyjęcia następujących wniosków.

1) Jako przyczynę bólów w pewnych przypadkach rwy kulszowej (osobliwie po sprawach zapalnych w miednicy małej lub po poprzedzających urazach okolicy siedzeniowej) należy uważać nieprawidłowe zrosty nerwu kulszowego powyżej wcięcia siedzeniowego większego i na wysokości tego wcięcia.

2) W pewnych przypadkach uporczywej rwy kulszowej należałoby zamiast wykonywania naciągania nerwu na wysokości fałdy pośladkowej odsłaniać go w miejscu wyjścia z wcięcia siedzeniowego większego (*incisura ischiadica major*) i uwalniać go od nieprawidłowych zrostów powyżej tego wcięcia za pomocą oddzielenia go na tępo palcem wskaźującym. Czy przytem nie należałoby nerwu do pewnego stopnia naciągać, i czy byłoby wskazane równoczesne oddzielanie zrostów w tem samym miejscu nerwu zdrowego, musiałoby doświadczenie w przyszłości rozstrzygnąć.

Zabiegu przezemnie powyżej poleconego nie można uważać za większy i niebezpieczniejszy od naciągania krwawego nerwu na wysokości fałdy pośladkowej, a jest on od niego o wiele racjonalniejszy; również jest mniejszy i racjonalniejszy od zabiegu, poleconego przez BARDENHEUER'a.

Zabieg ten polecałbym wykonywać w sposób następujący:

Ułożenie chorego na brzuchu z miednicą podniesioną. Cięcie prowadzi się podłużne i lekko zgięte górnym swoim końcem ku wewnątrz ku boczemu brzegowi kości krzyżowej, 8—10 ctm. długie, nieco na wewnątrz, od środka linii, łączącej szczyt wyrostka siedzeniowego z tylnym brzegiem krętarza większego. Mięsień siedzeniowy większy przedziera się na tępo wzdłuż jego włókien, przebiegających ukośnie; ranę mięśnia rozwiera się szerokimi hakami i w ten sposób odsłania się nerw kulszowy. Następnie wchodzi się palcem wskaźującym poza wcięcie siedzeniowe większe wzdłuż nerwu w jego kierunku dośrodkowym i odsłania się nerw naokoło po pokonaniu dość znacznej oporu na jakie 2 ctm. wgłęb' ku górze aż blisko otworów krzyżowych przednich (*foramina sacralia anteriora*); zrosty trzewiowej i grzbietowej strony nerwu, w miejscu tem spłaszczonego, należy przedewszystkiem oddzielić. Naczynia i nerwy, występujące z pod brzegu mięśnia gruszkowego na do-

środkowym brzegu nerwu kulszowego, a mianowicie *art. glutea inferior*, *n. gluteus infer.* i *n. cutaneus femoris posterior* należy przytem nie obrazić; w razie obrażenia tętnicy możnaby ją zresztą podwójnie podwiązać *A. i n. pudend. int.* leżą więcej dośrodkowo, i trudno je przytem obrazić. W razie, jeżeli nerw kulszowy już w miednicy się dzieli i wychodzi dwoma oddzielnymi pniami (*n. peroneus* i *tibialis*) z pod mięśnia gruszkowego, należy każdy pień zosobna w podobny sposób od zrostów uwolnić. Ranę skórną należy zaszyć głębokimi szwami, ewentualnie po wprowadzeniu pasma gazy celem sączkowania.

## DALSZE UWAGI NAD PORĄŻENIEM ASTENICZNYM, wraz z wynikiem badania pośmiertnego JEDNEGO PRZYPADKU (D-R E. FLATAU).

Przez

**S. GOLDFLAMA.**

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 7).

Przypadek VI. Podaję obecnie historję choroby najmłodszego z moich pacjentów, w wieku  $4\frac{3}{4}$  lat, H. E. z Fidoru, u którego właściwe rozpoznanie zrobił kol. J. KRAMSZTYK. Widziałem go po raz pierwszy 9. V. 01. Przed 11 miesiącami opadły mu powieki, bez wszelkich innych objawów, jedynie z lekką zmianą usposobienia; po 4 tygodniach wyzdrowiał, jakoby po użyciu słonych kąpeli. Był zdrow do marca r. 1901, gdy znowu stracił na humorze, i wystąpiło ponowne opadnięcie powiek. Rodzice wtedy spostrzegli, że usta chłopca podczas śmiechu układały się w sposób nienaturalny, że trzyma je otwarte, że ślina i pokarmy przedostają się po przez niedomknięte wargi na zewnątrz, że podtrzymuje sobie dolną szczękę. Zauważyli też, że dziecko mówi niewyraźnie. Lekarz sądził, że jest to może rezultat przerosłych migdałów, lecz wycięcie ich nie przyniosło korzyści, przeciwnie pokarmy zaczęły wracać nosem. Nie raz zaledwie z wielkim trudem udawało się chłopcu wykrztusić uwięzłe w gardzieli kęsy pokarmowe. Po zatem na nic się nie skarży, biega i bawi się z rówieśnikami, jakkolwiek bez zapalu i bez dawnego rozlegającego się śmiechu.

Urodził się w porę, był nieco krzywicowy, zaczął chodzić i mówić od  $1\frac{1}{2}$  roku. Dwukrotnie na początku jakiejś nie dającej się określić gorączkowej choroby, raz w wieku 6 miesięcy, po raz drugi mając 2 lata, przechodził konwulsje. W miesiącach zimowych dość często zapadał na nieżytowe zapalenia gardzieli, od których, zarówno jak i od jakiegokolwiek bądź innej choroby, pozostawał wolnym w ciągu ostatnich 2 lat. Dwoje rodzeństwa zmarło na błonicę. Starsza siostra jest zdrowa. Jeden z jego ciotecznych braci choruje na spastyczne porażenie dolnych kończyn, inny znowu zmarł we wczesnym wieku podobno na jakąś nerwową chorobę. Wuj jego ojca zmarł na padaczkę, a dwie ciotki ojca chorują na epilepsyę. Ojciec sam jest ogólnie nerwowy.

Chłopiec jest na swój wiek dobrze rozwinięty zarówno fizycznie, jak i psychicznie, nieco blady. Przy pierwszym wejrzeniu rzuca się w oczy opadnięcie górnych powiek; rogówki są do połowy zasłonięte (lewa nieco wię-

cej), skóra górnych powiek wygładzona — chłopiec trzyma też głowę nieco w tył przechyloną. Czyni to jeszcze bardziej, gdy patrzy do góry. Już matka zauważyła, że opadnięcie powiek zwiększa się przy wpatrywaniu się w jeden przedmiot. Niema zeza, ani podwójnowidzenia; nie można ich też sztucznie wywołać za pomocą powtarzanych ruchów gałek ocznych. Żrenice są jednakowe, oddziałują dobrze na światło, konwergencyę i akomodacyę. Uderza również jednostajność wyrazu twarzy: ani minki, ani uśmiechu lub płaczu w ciągu dość długiego badania. Istotnie mięśnie twarzy są słabe: chłopiec zaciska oczy, całuje słabo, nie potrafi gwizdać (co poprzednio umiał). Ruchy języka są dobre. Podniebienie miękkie kurczy się przy wielokrotnej fonacyi energicznie i nie słabnie, przeto dziwnem się wydaje, że płyny wracają nosem, i że mowa posiada wydatny przydźwięk nosowy, tak iż trudno ją rozumieć. Chłopiec świadomy jest tego i przeto zawstydzony. Ze strony kończyn nie ma nic nieprawidłowego, w szczególności brak nienormalnego wyczerpywania się. Rodzice samodzielnie uczynili uwagę, że stan chłopca w rannych godzinach jest znośny, że ku wieczorowi objawy się potęgują.

Tętno 130, resp. 24. Narządy wewnętrzne normalne. Ze strony odruchów, czucia, zmysłów, pęcherza, odbytnicy i t. d. brak wszelkich zaburzeń.

10. V. 1901. Gdy się rano obudził, mógł zupełnie dobrze oczy otwierać. Podczas badania, które się odbywało w godzinach rannych, opadnięcie powiek podlega ciągłemu wahaniu; chory bądź miał oczy zupełnie otwarte, bądź to powieki opadały, zwłaszcza podczas recytowania wierszy. Jednocześnie i mowa, która dziś od samego rana brzmi bardzo nosowo, staje się niebawem niezrozumiałą. Przy usiłowaniach gwizdania powietrze ucieka nosem.

Badanie elektrycznością na twarzy napotkało na nieprzewyciężony opór ze strony dziecka, dla tejże przyczyny jest ono niezupełne i w innych dziedzinach. W lewym *m. deltoideus* skurcze, otrzymywane za pomocą tetanizujących faradycznych strumieni, szybko tracą na sile, lecz nie znikają; mniej wybitnie, choć wyraźnie, występuje ten objaw na mięśniach wyprostnych lewego przedramienia, wcale zaś niema go na mięśniu dwugłowym ramienia lewego. Po jednej minucie wypoczynku skurcz odzyskuje pierwotną swoją siłę<sup>31)</sup>.

Odczytując powyższą historję choroby, nabiera się chyba przeświadczenia, że mamy istotnie do czynienia z przypadkiem porażenia astenicznego. I tutaj opadnięcie powiek było pierwszym objawem, który zwrócił na siebie uwagę, lecz początkowo, jako objaw porażenia astenicznego, nie był rozpoznany. Znikło ono po 4 tygodniach trwania i więcej nie zdradzało choroby. Jednakże był to tylko przestanek, albowiem po 10 miesiącach choroba powróciła; i tym razem rozpoczęła się ona od tegoż samego objawu, do którego wkrótce dołączyło się osłabienie mimiki, porażenie mięśni, unoszących żuchwę, zaburzenia w artykulacyi mowy oraz wracanie pokarmów nosem. Objawy podlegają ciągłym wahaniom; zrana chory ma się najlepiej, wieczorem stan bywa najgorszy, lecz i w rannych godzinach ten lub ów objaw może być już wybitnie wyrażony. Zwłaszcza opadnięcie powiek ulega wahaniom już nawet w czasie jednego badania. Również daje się stwierdzić wzajemny wpływ jednej czynności na inne, tak np. opadanie powiek wzmagają

---

<sup>31)</sup> Przypisek. Jeszcze pod datą 1. XII. 1901 nadeszła od miejscowego lekarza wiadomość, że H. E. jest zupełnie zdrow.

się wraz z wzrastającym utrudnieniem mowy podczas recytowania wierszy. Jeszcze kończyny i tułów zdają się być nie objęte chorobą, ile że zjawisko wyczerpywania się nie daje się w nich skonstatować; jednakże istnienie Mya R w pojedynczych mięśniach dowodzi, że nie są i one całkiem nietknięte; i ten przypadek stwierdza zarazem, że zjawisko wyczerpania, osłabienie i niedowład nie są związane z Mya R, że te objawy niekoniecznie przebiegają równolegle; może istnieć wydatne osłabienie, typowe objawy wyczerpania bez Mya R i odwrotnie; jednakże zdaje mi się, że pierwsza kombinacja jest o wiele częstsza, nie mówiąc już o jednoczesnym istnieniu wszystkich powyższych zjawisk. Należy jeszcze zaznaczyć, że, jakkolwiek niedostateczne musiało być badanie, to jednak nawet w tych niewielu mięśniach, które udało się zbadać, Mya R nie we wszystkich istniała.

I tutaj skurczów do zniknięcia doprowadzić się nie udało; jedynie traciły one znacznie na sile.

W historii choroby kilkakrotnie zaznaczono przygnębienie, sądzę, że trwożliwi rodzice zwracali uwagę na najłżejszą zmianę w usposobieniu dziecka, i że osłabiona mimika chłopca fałszywie przez nich była tłumaczona.

Dziedziczne obciążenie nerwowe występuje w tym przypadku wybitnie, lecz, mojem zdaniem, nie należy powyższemu czynnikowi, którego znaczenie OPPENHEIM wysoko podnosi, takiej doniosłości przypisywać. U większości moich chorych nie można było wykryć dziedziczności nerwowej.

Przypadek powyższy poucza, że i wczesny wiek dziecięcy bywa napaśtowany przez porażenie asteniczne. W zestawieniu OPPENHEIM'a, w rubryce przypadków wątpliwych figuruje spostrzeżenie MAILHOUSE'a wieku  $2\frac{3}{4}$  roku, ten sam przypadek w zestawieniu CAMPBELL'a i BRAMWELL'a<sup>32)</sup> zaopatrzony jest w znak zapytania. O ile z referatów sądzić można — oryginał niestety był mi niedostępny — przypadek ten należy istotnie do porażenia astenicznego. Przemawia za tem sposób rozwoju objawów, początek choroby od porażenia mięśni karku, zaburzenia w żuciu i polykaniu, w artykulacyi mowy oraz wydatne obustronne opadnięcie powiek, a jeszcze bardziej zmienność objawów i remisye, nie w małej też mierze i nagła (prawdopodobnie z zaduszenia) śmierć podczas picia. Kliniczny obraz tego przypadku wydaje się być bardzo do mojego podobnym: i tam zaznaczono porażenie mimiki, wyciek śliny po przez usta otwarte i t. p. W przypadku MAILHOUSE'a przeważają również objawy opuszkowe i ze strony oczu, jakkolwiek od czasu do czasu i nogi bywały dotknięte.

Przypadek REMAK'a dotyczył osobnika 12-letniego, CHARCOT-MARINESCO 13-letniego, JOLLY'ego zaś pacjent miał lat  $14\frac{1}{2}$ .

Jużem wspomniał, że FILATOW podaje dobry opis porażenia astenicznego w swoich odczytach klinicznych o chorobach dziecięcych (Tłom. niemieckie. 1901. Str. 201).

Gdy w pierwszych 3 przypadkach już zaraz przy pierwszym pojawieniu się porażenia astenicznego, objawy szybko jeden po drugim występują — w ciągu paru tygodni rozwija się zupełny obraz choroby — to w powyższem spostrzeżeniu, zarówno jak i u B. i K., przejawia się pewna szczególna odmienność w przebiegu choroby, polegająca na tem, że najpierw jeden tylko objaw, opadnięcie powiek, rozpoczyna sprawę, bezpośrednio zaś żaden inny się nie dołącza. Opadnięcie powiek po dłuższem lub krótszem trwaniu

<sup>32)</sup> BRAIN. Myasthenia gravis. Summer. 1900. Part. XC.

(w ciągu tygodni a nawet miesięcy) znika, i dopiero po upływie miesięcy a nawet lat całych sprawa dochodzi do całkowitego rozwinięcia się porażenia astenicznego.

Porażeniu astenicznemu podlegają osobniki przeważnie w wieku lat 20 do 30; lecz i starcy nie są zupełnie zabezpieczeni od tego cierpienia, czego dowodem następujące spostrzeżenie.

Przypadek VII. S. lat 61, śpiewak, zgłosił się do mnie po raz pierwszy 20. V. 93. Już przed rokiem spostrzegł, że głos jego stracił na dźwięczności, że go nie tak dobrze, jak dawnymi czasy, wydobywać potrafi, lecz objaw to był przejściowy, albowiem wkrótce wróciła dawna sprawność organu. Od pewnego jednak czasu nie dopisuje mu głos nie tylko podczas śpiewu, lecz nawet w trakcie mówienia, przyczem mowa wkrótce nabiera nosowego brzmienia, i chory doznaje uczucia ściskania w krtani. Również upośledzone od 3 miesięcy jest i połykanie, zwłaszcza pokarmów stałych. Chory żadnej poważnej choroby nie przechodził.

U pacyenta, męczyzny dobrze zbudowanego i odżywianego, dało się to tylko stwierdzić, że podniebienie miękkie pozostaje prawie całkowicie nieruchome podczas fonacyi i przy drażnieniu mechanicznem, że odruchu gardzielowego nie ma. Język okazuje się małym, nie jest wszakże wyraźnie pomarszczony, drży lekko, ruchy jego są słabo wykonywane i ograniczone, tak np. koniec języka nie może dotknąć podniebienia. Mięśnie warg są również słabe. Mowa ma wyraźny przydźwięk nosowy, który potęguje się w miarę mówienia i czyni ją wreszcie niezrozumiałą, w położeniu poziomem mowa jest wyraźniejsza, niż podczas stania. Po zatem brak nieprawidłowych objawów; oddziaływanie elektryczne normalne.

11. VIII. 93. Nie tylko że choroba nie postąpiła naprzód, lecz istnieje nawet polepszenie. Zaniku nie ma, brak drżenia włókienkowego. Język, wargi nie mogą być jeszcze sztywno napinane, podniebienie miękkie porusza się przy fonacyi słabo. Pobudliwość elektryczna w niektórych obrębach może nieco wzmożona (język, języczek, wargi przy 13,5 RA,  $\frac{1}{2}$  MA, KSZ > AnSZ), po zatem brak zboczeń

17. XI. 93. Przyszedł zadowolony, aby pokazać, że pomimo zimy jest mu lepiej. Istotnie głos zarówno przy śpiewie, jak podczas rozmowy, jest zupełnie czysty, jednakże przy dłuższem mówieniu nie dopisuje i teraz. Podniebienie miękkie porusza się dość dobrze przy fonacyi, pozostaje zaś nieruchomem przy drażnieniu mechanicznem. Ruchy mimiczne są wykonywane dobrze, lecz przy obmacywaniu odnośnych mięśni można się przekonać, że np. mięśnie warg nie kurczą się energicznie, i powietrze ucieka przez wargi przy nadymaniu policzków, chory też nie potrafi jeszcze gwizdać. Chociaż język jest mały, lecz o powierzchni zupełnie gładkiej, wcale nie zanikły i bez drżenia włókienkowego. Objawu wyczerpania w ramionach wywołać się nie udaje.

19. XII. 93. W ciągu tygodnia było mu znowu gorzej, obecnie już jest lepiej. Obiektywnie, jak ostatnio, lecz okazuje się, że i mięsień okrężny powiek jest słaby. Połykanie, zwłaszcza stałych pokarmów, jest jeszcze upośledzone, niekiedy kęs więźnie w gardzieli, sprowadzając wiele niepokoju. Badanie krtani laryngoskopem (d-r SREBRNY) wykryło stosunki normalne.

22. VI. 94. Chory przyszedł z powodu bólów w karku, zresztą czuje się zdrow i czynny jest w swoim zawodzie. Istotnie wszystkie ruchy są



mocne, jedynie zaciskanie powiek jest słabe, i przy nadymaniu policzków powietrze ucieka przez usta. Może nieznaczne opadnięcie prawej górnej powieki.

II. XII. 94. Od pewnego czasu znowu zmęczenie przy śpiewie, podczas mówienia, już po paru minutach. Wszystkie ruchy mimiczne są słabe. Języka nie może utrzymać nieruchomo na dnie jamy ustnej, po zatem nic nieprawidłowego w nim stwierdzić nie można, i ruchy jego są mocne. Prawa połowa podniebienia miękkiego zwiesza się niżej i przy fonacyi porusza się słabiej, niż lewa. Odruchy języczka, podniebienia miękkiego, tylnej ściany gardzieli osłabione. Półkanie dobre. Krtań normalna. Od tego czasu nie miałem okazji badać dokładnie S., który nieprzerwanie pełnił swoje obowiązki, aż dopiero na kilka dni przed śmiercią widziałem go ciężko chorego, był trupio blady, lecz zupełnie przytomny. Dowiedziałem się, że od pewnego czasu uskarżał się na bóle w okolicy mostka, stracił zupełnie apetyt, słabł coraz bardziej. W górnej części mostka wydatne stępienie. Tępość serca przechodzi na prawą stronę. Tętno czyste, tętno przyspieszone. Głos czysty zupełnie. Półkanie dobre.

Rezultat badania wskazywał na guz w przednim śródpiersiu. Krew wykazywała zmiany właściwe stanom bardzo silnej bezkrwistości (477,400 czerwonych ciałek, 7450 leukocytów, przeważnie neutrofilowych, wielojądrowych). Sekcyja nie była robiona.

Kiedym chorego po raz pierwszy widział — było to w roku 1893 — sądziłem, że mieliśmy do czynienia prawdopodobnie z pierwszymi oznakami prawdziwego porażenia opuszkowego DUCHENNE'a, za czem przemawiał i dość podeszły wiek chorego. Uderzające jednak było to, że, jak chory twierdzi, już przed rokiem cierpiał był czasowo na te same, co obecnie, objawy, a przy formie DUCHENNE'a nieznane są stałe polepszenia. Istotnie dalszy przebieg cierpienia przekonał, że mieliśmy przed sobą porażenie asteniczne. Osobliwość objawów, zaburzenia mowy, śpiewu i półkania, wzmaganie się ich przy wykonywaniu funkcji nawet w czasie, gdy chory subiektywnie czuł się dobrze, znaczne wahania w stanie chorego, osłabienie wszystkich mięśni mimicznych, porażenie podniebienia miękkiego — oto są pozytywne oznaki, przemawiające za takim rozpoznaniem.

Nie mniej ważne są i objawy ujemne; przede wszystkim brak zaników, drżenia włókienkowego oraz zmian w oddziaływaniu elektrycznym w sensie OZw—nawet po kilku latach trwania choroby (mały, szczupły język stanowczo nie przedstawiał żadnych cech zaniku, mógł być taki fizyologicznie, zresztą taki sam język spostrzegalem jeszcze w jednym przypadku porażenia astenicznego — chora T.). Wobec późnego wieku chorego należy zaznaczyć, że nie było śladu jakichś stanów apoplektycznych, porażień połowicznych, afazyi, zbroceń psychicznych i t. d., zwłaszcza narząd krążenia przedstawiał się całkiem prawidłowo. Kilkoletnie trwanie choroby z długimi przestankami i licznymi nawrotami i ostateczne polepszenie potwierdzają rozpoznanie. Co jeszcze wyróżnia powyższy przypadek, to stałe ograniczenie się zbroceń do objawów opuszkowych, podczas całego trwania cierpienia kończyny i tułów nawet przemijająco nie były dotknięte. Był to oczywiście bardzo łagodny przypadek porażenia astenicznego, zarówno co do natężenia jak i rozległości. Do groźnych objawów, niestety tak częstych w porażeniu astenicznym, w ciągu długoletniego trwania choroby wcale nie doszło. I śmierć nastąpiła nie wskutek tego cierpienia, lecz w kilka lat później, gdy pacjent

pozornie od dłuższego czasu pozostawał wolnym od objawów porażenia astenicznego, i to z powodu prawdopodobnie złośliwego guza w śródpiersiu, który pociągnął za sobą małokrwistość w wysokim stopniu. A więc znowu guz — który, zdaje się, jednak w żadnym przyczynowym związku z porażeniem astenicznem nie pozostawał; już chronologicznie obie te choroby dzieli duży przedział. Niestety brak pośmiertnego potwierdzenia guza.

(C. d. n.).

## WYKŁADY KLINICZNE.

R. FRIEDLAENDER.

### Pogląd ogólny na leczenie fizyczne.

(Dokończenie. — Zob. Nr 7.).

Przekrwienie, wywołane przez podrażnienie wazomotorów, spostrzegamy i po zimnych nacieraniach i po zastosowaniu masażu lub galwanizacji danej części ciała. Na neuralgie wpływają dodatnio procedury elektryczne i mechaniczne lub hidropatyczne. W stanach zapalnych lub innych wydają rezultaty identyczne zastosowania zimna lub ciepła. Mięśnie kiszek pobudzamy jednakowo przy pomocy masażu, faradyzacji lub zimnych natrysków, w porażeniach, chorobach serca okazują się skutecznymi różne sposoby fizyczne. Można wogóle przytoczyć bardzo obfitą liczbę podobnych przykładów.

Wywołanie pożądanego efektu po większej części zależy od prawidłowego dozowania bodźców. W tym względzie pojmujemy nie tylko natężenie, lecz rozciągłość i trwanie bodźca. Im więcej zakończeń nerwów podlega wpływowi jndnocześnie lub bezpośrednio jedno po drugim, tem większe będzie — *ceteris paribus* — działanie. Tak samo dłuższe trwanie podrażnienia potęguje przez sumowanie efekt. W ogólności możemy stosować słabe lub średnie bodźce, aby wywołać stany podrażnień — silne dla stanów zahamowania. Na podstawie wzmożonej lub zmniejszonej pobudliwości należy ustanowić natężenie bodźca dla każdego poszczególnego przypadku. Co na jednego chorego wpływa podniecająco, jako bodziec słaby, dla innego to samo stanowić może bodziec silny i wywołać objawy hamujące — przypominamy kojące działanie słabych prądów stałych w neuralgiach, uspakajający wpływ letnich kąpeli w pobudzeniach psychicznych. Przy zmniejszonej pobudliwości narządu bodźce zwiększać należy, aby działały podniecająco. Dozowanie bodźców w leczeniu fizykiem otwiera sztuce lekarskiej pole szerokie — prawidła ogólne np: krótkotrwałe słabe prądy, zastosowania elektroterapii lub niskie ciepłoty w hidroterapii posiadają swą zasadę dla pewnej tylko części przypadków. Według zdania „nil nocere“ należy zachować prawidło stosowania słabszych bodźców, wzmaganych stosownie do potrzeby, odpowiednio przekonaniu o zdolności do reagowania danego chorego osobnika.

Jeżeli zwrócimy uwagę na własności szczególne bodźców pojedynczych, przekonywamy się, że stopień ich natężenia, w jakim mogą być stosowane, różny bywa dla oddzielnych bodźców. Bodźce termiczne znoszone bywają nawet w znacznem natężeniu, gdy tymczasem bodźce mechaniczne, elektryczne i chemiczne łatwo wywołują działanie szkodliwe, jeżeli stopień ich natężenia

przejdzie umiarkowaną granicę. I we względzie dozowania zachowują się inaczey pojedyncze bodźce. Prądy elektryczne stałe dozujemy najdokładniej, szczególnie przy pomocy odpowiednich galwanometrów. Przy procedurach termicznych również jesteśmy w stanie wymierzyć stopień ich działania. Trudniej daje się to osiągnąć w stosunku do bodźców mechanicznych i chemicznych.

Możemy oznaczyć długość trwania masażu, lecz nie ilości potrzebnego zużycia siły, w czem doświadczenie masującego miarę stanowi (i dlatego, obok innych powodów, masaż w zastosowaniu na części chore tylko lekarze wykonywać powinni). Łatwiej znowu oznaczyć natężenie zabiegu przy ruchach biernych, przy zgęszczonym lub rozrzedzonym powietrzu — gdy tymczasem przy bodźcach chemicznych — kąpielach mineralnych np. trudno nam wymierzyć wielkość rzeczywiście działających bodźców. Musimy się zadowolnić czasem trwania i ciepłotą kąpeli, a bodziec ściśle chemiczny uważamy za względnie stały, lecz niewiadomy.

W leczeniu podnietami zewnętrznymi wyróżniamy obszar zastosowania t. j. stosowanie ogólne lub miejscowe. Do działania ogólnego z wyładowaniem rozległego odczynu ze strony układu nerwowego i daleko sięgającym wpływem na cyrkulację, przeróbkę materji, gospodarkę ciepła — nadają się w szczególności bodźce termiczne, albo wogóle te, których nośnikami są woda i powietrze. Hidroterapia i balneoterapia stoją tutaj na planie pierwszym, jak również klimato- i pneumoterapia. Jednocześnie bodźce termiczne służą i do zastosowań miejscowych, jak również i stosowanie powietrza zgęszczonego lub rozrzedzonego pod postacią tak zwanych aparatów przenośnych. Przeważnie *in loco morbi* do stosowania służą bodźce mechaniczne i elektryczne — natomiast masaż całego ciała i kąpiele elektryczne mają na względzie działanie ogólne. Wyjątkowy wpływ miejscowy posiada zastosowanie chemicznych i innych bodźców pod postacią tak zwanego leczenia rewulsywnego.

Na podobieństwo pojedynczych środków farmaceutycznych, posiadających pewne powinowactwo w działaniu do pewnych narządów — widzimy i w niektórych zewnętrznych bodźcach leczniczych — działanie szczególne, przywiązane do pewnej ich postaci, a wyjaśniane szczególną miarą pobudzenia określonych włókien nerwowych. Bodźce termiczne posiadają właściwość specjalnego wpływu na wazomotory, bodźce ciepła działają — dzięki ich zdolności podwyższania ciepłoty ciała — pobudzająco na wydzielanie potu; bodźce zimna, które zmniejszają ciepłotę ciała i pobudzają sprawy utleniania — służą do leczenia chorób gorączkowych. Masaż i gimnastyka bierna warunkują oprócz wpływu na cyrkulację — szczególne pobudzenie nerwów czuciowych w stawach i mięśniach. Inne bodźce mechaniczne — powietrze zgęszczone lub rozrzedzone — wpływają na oskrzela i płuca — podrażnienia zakończeń czuciowych nerwów skóry przy pomocy pewnych bodźców chemicznych pod postacią kąpeli — wywołują działanie odruchowe np. kąpiele kwasowęglane w cierpieniach serca. W leczeniu fizycznym uciekamy się często do kombinacyj zastosowań. Procedury hydropatyczne łączymy z mechanicznymi (wycieranie, natryski). Klimatoterapia obok bodźców termicznych stosuje jednocześnie i mechaniczne (ciepłota powietrza i wilgotność obok ciśnienia atmosferycznego i wpływu wiatrów). Połączenie bodźców termicznych i chemicznych występuje przy kąpielach mineralnych i morskich — termicznych i mechanicznych w kąpielach piaskowych, szlamowych, borowinowych. W kąpielach fango i borowinowych dołącza się bodziec chemiczny. Łączymy bodźce chemiczne z elektrycznymi w kąpielach elektrycznych; ze świetlnymi — w kąpielach elektrycznych żarowych. Kamera pneu-

matyczna stanowi połączenie bodźców mechanicznych i chemicznych (zmiana ciśnienia i zwiększona zawartość tlenu). Oddzielne miejsce zajmują bodźce elektryczne o tyle, o ile są zdolne przeprowadzać działanie w głąb' tkanek. Bodźce termiczne i mechaniczne również pewien stopień tego działania posiadają. Najmniej działania w głąb' przypisywać możemy bodźcom chemicznym, ponieważ skóra nieuszkodzona wchłaniać materii chemicznych nie może.

Autor w końcu zwraca się do osobnego działu bodźców — bodźców, pobudzających wolę. Niesłusznem się wydaje wydzielać masaż i ruchy bierne od ruchów czynnych i ruchów oporu. Oddzielne gałęzie leczenia fizycznego — mechanoterapii — znajdują się przecież pomiędzy sobą w ścisłym związku co do rodzaju działania i jego obiektu. Uważa autor jednak za właściwe bodźce sztuczne, działające z zewnątrz, odróżnić od tych, które wyradzają się z ośrodków ruchowych samego indywiduum, i w których wola gra rolę główną, przez bodźce tego rodzaju jesteśmy w stanie nie tylko pobudzać nerwy czuciowe mięśni i stawów, lecz działać bezpośrednio na drogi ruchowe — podniecając (przy porażeniach) lub hamując (przy podrażnieniach ruchowych). Już du Bois-REYMOND wypowiedział, że przy wszelkich ćwiczeniach ciała nie idzie tylko o gimnastykę mięśni, lecz i o gimnastykę nerwów, a najbardziej ćwiczą się w tych razach ośrodki: mózg i rdzeń. Przez podniesienie pracy mięśniowej każda gimnastyka czynna posiada również wpływ na krążenie i przemianę materii w mięśniach, a przez to i w całym organizmie.

W gimnastyce czynnej wyróżniamy zwykle ruchy czynne i ruchy oporu. Do zwykłej gimnastyki zaliczamy ruchy ćwiczeń sportowych (pływanie, wiosłowanie i t. d.). Dla celów leczniczych, jeżeli idzie o określoną metodę i wymiarzenie mającej się wykonać pracy, służy gimnastyka pokojowa.

Szczególne znaczenie i działanie posiadają ruchy oporu. Bodźce, pobudzające wolę, kombinujemy tutaj z zewnętrznym bodźcem mechanicznym w tej postaci, że ruchowi czynnemu przeciwstawiamy więcej lub mniej energiczny opór, który utrudnia wykonanie danego ruchu. W ten sposób osiągamy działanie silniejsze, niż przy ruchach czynnych. Opór wykonywany bywa według systemu szwedzkiego przez samego lekarza — jego ręką — lub przy pomocy maszyn (ZANDER). Główną uwagę zwracać należy na odpowiedni wybór ćwiczeń i odpowiednie dozowanie przez stopniowanie oporu i warunki indywidualne. W praktyce zwykła gimnastyka, ruchy bierne, masaż i ortopedya włączane są w dział mechanoterapii.

Należy jednak uprzytomnić sobie, o ile w tych procedurach wchodzi w grę bodźce zewnętrzne, bodźce, pobudzające wolę lub ich kombinacje.

Do działu podniet, pobudzających wolę, należy i leczenie bezwładu ruchowego przy pomocy metody FRAENKEL'a (wyrównawcze ćwiczenia LEYDEN'a). Idzie w niej o wyrównanie częściowo zagubionej zdolności koordynacyjnej — przy pomocy określonych ćwiczeń, wykonywanych na specjalnych aparatach (FRAENKEL, GOLDSCHIEDER, JACOB) — przy pomocy tych ćwiczeń uczą się pacjenci stopniowo korygować okiem zaburzenia koordynacji, powstałe wskutek upośledzonego czucia mięśniowego.

Wielokrotnie starano się wyjaśnić działanie leczenia fizycznego przez wpływ sugestyi. Wpływ ten najbardziej przypisywano elektroterapii. Bez wątplenia przy każdym sposobie leczenia gra rolę moment psychiczny, lecz to nie znaczy, aby wpływ ten przeważał przy stosowaniu leczenia fizycznego.

Leczenie to zwycięży przynależne mu stanowisko, może jednak rozwinąć się racjonalnie wtedy, jeżeli zachowamy jego łączność z leczeniem ogólnem, a przeciwdziałać będziemy rozdrabnianiu na lecznicze specjalności.

(*Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie* IV B. VII H.) Sunderland.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

17. A. de JONG. Doświadczenia porównawcze nad działaniem chorobotwórczem laseczników gruźlicy ludzkiej i laseczników perlicy na bydło. Badania autora, poniżej opisane, były prawie zupełnie już skończone, kiedy KOCH w lipcu r. z. wystąpił na zjeździe przeciwgruźliczym w Londynie z głośnym swym referatem w sprawie odrębności gruźlicy ludzkiej i perlicy. Autor, jak zobaczymy niżej, doszedł do wniosków zupełnie innych, niż KOCH. Po pewnem, łatwo zrozumiałem wahaniu, autor dopiero teraz ogłasza badania swe drukiem, poddając wyniki ich sądowi naukowego świata lekarskiego.

Doświadczenia swe autor przeprowadził z jedną hodowlą lasecznika perlicy oraz pięciu hodowlami lasecznika gruźlicy ludzkiej. Pierwszą otrzymano w sposób następujący. Gruzelki płuca bydlęcego zaszczerpiono jednej śwince morskiej, następnie zakażono produktami gruźliczymi, pochodzącymi z tej świnki, drugą świnkę i kolejno w ten sam sposób zakażono trzecią. Dopiero z tej ostatniej wyhodowano lasecznika perlicy. Co się zaś tyczy lasecznika gruźlicy ludzkiej, to pierwszą hodowlę jego otrzymano z jednej ze świnek morskich, zakażonych lasecznikami, pochodzącymi z gruźliczej nerki. Druga hodowla pochodziła z przypadku gruźliczego zapalenia pochewki ścięgnistej (*tendo-vaginitis*). Trzecią hodowlę otrzymano ze świnki, zakażonej płwociną suchotnika, czwartą zaś i piątą ze świnek, szczepionych gruzelkami płucnymi. Badania nad działaniem chorobotwórczem zarówno lasecznika gruźlicy ludzkiej, jak i lasecznika perlicy robione, były na następujących zwierzętach: kotach, baranach, wołach, koniu, małpach i psach. Zwierzęta zakażano za pomocą wstrzykiwań hodowli laseczników wprost do żył: jest to metoda najpewniejsza i najprędzej do celu prowadząca. Po szczepieniu każde zwierzę odpowiednio izolowano, aby uniknąć jakiegokolwiek przypadkowego zakażenia. Wyniki tych doświadczeń były następujące. Wszystkie kozy, barany i woły zapadły na gruźlicę bez względu na rodzaj użytego do szczepień lasecznika (t. j. gruźlicy ludzkiej lub perlicy). Ogłędziny pośmiertne tych zwierząt wykazały specyficzne dla gruźlicy zmiany makro- i mikroskopowe; w narządach wewnętrznych stwierdzono obecność laseczników. Świnki morskie, którym szczepiono produkty chorobowe tych zwierząt, zapadały na typową gruźlicę doświadczalną. Nadto zaznaczyć należy, iż u większości zakażonych zwierząt otrzymywano dodatni wynik po zastrzyknięciu tuberkuliny, gdy przed szczepieniem zwierzęta na środek ten nie reagowały.

Nad bydlęciem rogatym autor dokonał ogółem 7 doświadczeń z następującym wynikiem. Dwa woły, szczepione lasecznikami perlicy, zapadły na ciężką postać gruźlicy z przebiegiem ostrym i w krótkim czasie zdechły, natomiast trzy cielęta i cztery woły, którym zastrzyknięto hodowle laseczników gruźlicy ludzkiej, dostały gruźlicy mniej złośliwej, o przebiegu bardziej przewlekłym. Doświadczenia te dowodzą zatem, iż lasecznik perlicy jest dla bydła bardziej jadowity, niż lasecznik gruźlicy ludzkiej. Taką samą różnicę w stopniu jadowitości laseczników gruźlicy ludzkiej i bydlęcej stwierdził autor również względem innych zwierząt, jak kóz, baranów i psów. Koń silnie reagował na lasecznika perlicy. Gruźlicy ludzkiej nie mógł autor szczepić koniom, ponieważ nie rozporządzał większą liczbą tych zwierząt do celów doświadczalnych.

Nie mogąc naturalnie przekonać się w sposób bezpośredni, czy i względem człowieka laseczniki gruźlicy ludzkiej i bydlęcej wykażą te same różnice w swej jadowitości, autor dokonał odpowiednich badań na małpach, zwierzęta te bo-

wiem, jak wiadomo, najbardziej są zbliżone do ustroju ludzkiego pod względem swej organizacyi i podatności na zarazki chorobotwórcze, okazało się, że i małpy silniej reagują na zakażenie lasecznikiem perlicy. Ztąd autor wnosi, że i dla człowieka lasecznik perlicy powinien być uważany za bardziej jadowity, niż lasecznik gruźlicy ludzkiej. O większej wogóle jadowitości laseczników perlicy przekonał się autor nadto na drodze licznych doświadczeń, dokonanych na małych zwierzętach, t. j. świnkach morskich i królikach.

Powyższe badania przekonują nas zatem, iż niema żadnej zasadniczej różnicy pomiędzy lasecznikiem gruźlicy ludzkiej a lasecznikiem perlicy. Gruźlicę wszystkich zwierząt ssących musimy uważać za jedną i tę samą chorobę pod względem etiologicznym, w myśl dawniejszych poglądów Koch'a.

Co się tyczy cech morfologicznych laseczników gruźlicy ludzkiej i perlicy oraz wzrostu ich na sztucznych podłożach, to badania autora wykazały, iż zgodnie ze zdaniem SMITH'a zachodzą między nimi tylko następujące, nieznaczne różnice. Lasecznik gruźlicy ludzkiej daje się łatwiej wyosobnić, niż lasecznik perlicy, i rośnie, przynajmniej z początku, szybciej na zwykłych, używanych odżywkach. Dalsze pokolenia obudwu rodzajów lasecznika niczem zgoła nie różnią się w wyglądzie swych hodowli. Badanie zaś drobnowidzowe wykazało, iż laseczniki perlicy są zwykle krótkie i proste, laseczniki zaś gruźlicy ludzkiej długie i zagięte, aczkolwiek często zachowują się one wprost odwrotnie.

W sprawie przenoszenia się zarazka gruźliczego z człowieka na bydło i odwrotnie autor wypowiada pogląd następujący. W zwykłych warunkach człowiek prawdopodobnie nie jest w stanie zarazić bydła gruźlicą, ponieważ, jak widzieliśmy wyżej, dla zakażenia bydła potrzeba zaszczerpić odrazu dużą ilość laseczników gruźliczych. Wyjątkowo tylko, w razie większej jadowitości laseczników oraz dłu gotrwałego istnienia ogniska zarazy, możliwe jest zarażenie się bydła od człowieka. W każdym razie obecność człowieka, chorego na gruźlicę, w oborze nie może być, zdaniem autora, uważana za istotnie niebezpieczną dla bydła.

Przeciwnie, gruźlica bydła, jako źródło zarazy, przedstawia bardzo duże niebezpieczeństwo dla człowieka ze względu na znaczną jadowitość lasecznika perlicy. Posiadamy nawet spostrzeżenia kliniczne, stwierdzające słusność tego twierdzenia. Tak np. niewątpliwym zdaje się być fakt, iż córka profesora GOSSE (z Genewy) zachorowała na gruźlicę kiszek wskutek spożywania mleka, pochodzącego od krowy perliczej. Dalej, częste są, zdaniem autora, przypadki zarażenia się gruźlicą przy sekcji bydła perliczego wskutek skałeczeń skóry. Tego rodzaju zakażenia wprawdzie nie powodują zwykle ciężkich ogólnych zaburzeń natury gruźliczej, tłumaczy się to jednakże jedynie tą okolicznością, iż gruźlica skóry przebiega zazwyczaj jako sprawa miejscowa, nie mając skłonności do dalszego rozprzestrzeniania się.

Autor opisuje jedno własne podobne spostrzeżenie, przyczem w usuniętych częściach zmienionej skóry znalazł laseczniki gruźlicze.

W literaturze znajdujemy opis pięciu podobnych przypadków (TSCHERING'a, PFEIFFER'a i RAVENEL'a). W jednym z nich nawet, dotyczącym weterynarza MORES'a (z Weimaru), pomimo operacyi usunięcia zakażonego miejsca skóry, rozwinęła się ogólna gruźlica, i chory zmarł w 18 miesięcy po zarażeniu się.

Nadzwyczajna jadowitość lasecznika perlicy poważnie zagraża zdrowiu publicznemu i dlatego wymaga energicznej walki z tym pasorzytem. Najłatwiej jest zapobiedz zarażeniu się przez mięso, mleko i masło, pochodzące od bydła

gruźliczego. Niebezpieczeństwo jednakże tkwi jeszcze gdzieindziej. Jak wiadomo, w sprawie zarażenia się człowieka gruźlicą najważniejszą rolę odgrywa powietrze, zawierające laseczniki gruźlicze, świadczy o tem okoliczność, iż pierwotne ognisko gruźlicy znajduje się najczęściej w płucach. Otóż chore zwierzęta wykrztuszają w niewielkiej wprawdzie ilości płwocinę, zawierającą jadowite laseczniki, i w ten sposób zakażają powietrze obór. Zakażone mleko oraz inne wydzieliny chorych zwierząt zwiększają nadto niebezpieczeństwo zarażenia się. Że w powietrzu obór istotnie znajdują się laseczniki, dowodzi powszechnie uznany fakt, iż w oborze zwierzęta zarażają się niemal wyłącznie drogą inhalacji zarazka gruźliczego. Takie same niebezpieczeństwo przedstawia źródło to i dla ludzi, przede wszystkim, rozumie się, dla właścicieli obór, lecz także i dla każdego innego osobnika, chociażby tylko przez czas krótki przebywającego w zakażonej atmosferze. Tu godzi się przypomnieć ciężkie postaci suchot płucnych, jakie spostrzegano w rodzinach właścicieli obór.

Na gruźlicę chorują prócz bydła świny, kozy, barany, konie, psy, koty. Zadaniem przyszłych badań powinno być dokładne poznanie własności toksycznych laseczników gruźliczych, pochodzących z tych zwierząt. SMITH dowiódł, iż laseczniki gruźlicy świń i kotów posiadają taką samą prawie jadowitość, jak laseczniki perlicze, lasecznik zaś gruźlicy końskiej zajmuje miejsce pośrednie pomiędzy gruźlicą bydła i ludzi. Stosunek gruźlicy ptasiej do gruźlicy ssących również nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Należałoby bliżej zbadać warunki, w jakich lasecznik gruźlicy zwierząt ssących może nabierać własności lasecznika gruźlicy ptasiej i odwrotnie.

Wyniki badań swych autor streszcza w następujących punktach:

- 1) Lasecznik gruźlicy ludzkiej może wywołać gruźlicę u bydła.
- 2) Lasecznik gruźlicy ludzkiej może również wywołać gruźlicę u innych zwierząt domowych, jak u baranów, kotów, psów i u małp.
- 3) Gruźlica, wywołana u wspomnianych zwierząt przez lasecznika gruźlicy ludzkiej, jest mniej ciężka, niż wywołana przez lasecznika perlicy.
- 4) Lasecznik perlicy posiada zatem większą jadowitość, niż lasecznik gruźlicy ludzkiej.
- 5) Należy przypuścić, iż lasecznik perlicy jest bardziej jadowity nie tylko dla wołów, baranów, kóz, psów i małp, lecz również dla ludzi.
- 6) Człowiek, jako źródło zakażenia dla bydła, ma daleko mniejsze znaczenie, niż odwrotnie, bydło, jako źródło zarazy dla ludzi.
- 7) Perlica z punktu widzenia zdrowotności ogólnej zasługuje na znacznie baczniejszą uwagę, niż to się działo dotychczas.

Widzimy z powyższego, iż w badaniach swych autor doszedł do wniosków wręcz przeciwnych w porównaniu z temi, jakie wygłosił w Londynie KOCH.

Nie wdając się w bliższą ocenę twierdzeń KOCH'a, autor zaznacza tylko, iż ze zdziwieniem przeczytał w komunikacie jego ustęp, w którym badacz ten, na zasadzie tworzenia się u bydła ropni na miejscu zastrzyknięć laseczników, wnioskuje o odporności bydła na gruźlicę ludzką. Przeciwnie, opierając się na znanych doświadczeniach KROMPECHER'a, które wykazały, iż działanie laseczników martwych znajduje się w ścisłej zależności od ich toksyczności za życia, oraz iż laseczniki martwe, poprzednio nie jadowite, nie wywołują żadnej reakcji, autor sądzi, że tworzenie się ropni w doświadczeniach KOCH'a przemawia nie przeciwko, lecz właśnie za wrażliwością bydła na gruźlicę ludzką.

(Sem. medic. 1902. Nr. 3).

Stanisław Mutermilch.

## Sprawozdanie ze zjazdu przyrodników i lekarzy w Hamburgu.

od 22—28 września r. 1901.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 7).

D-r W. A. FREUND. „O wrodzonym wypadnięciu pochwy i macicy“. Mówca spostrzegł niedawno 65-letnią chorą, która od najwcześniejszego dzieciństwa cierpiała na wypadanie narządów rodnych. Cierpienie to wzmagało się z czasem i doprowadziło chorą do zaburzeń w oddawaniu moczu. Badanie wykazało zupełne wypadnięcie macicy i pochwy i obecność kamienia w pęcherzu. Część wypadła dochodziła do połowy uda, a w obwodzie posiadała 42 ctm. Zabieg operacyjny dał wynik pożądaný; chora opuściła szpital jako zdrowa, lecz po 4 tygodniach wróciła z nawrotem cierpienia wskutek pęknięcia nowowytworzonego krocza. Dokonano tedy operacji według metody NEUGEBAUER'a i HEGAR'owską kolpoperineorrhaphia, po czym nastąpiło wyleczenie zupełne. Główne rysy obrazu anatomicznego i klinicznego tego cierpienia są następujące. Choroba rozpoczyna się, jako *hernia Douglasii* wobec wrodzonej głębokiej jamy DOUGLAS'a. Przyczynia się do tego niedorozwój ogólny (*infantilismus*) albo ograniczający się tylko do miednicy. Cierpienie rozpoczyna się bardzo wcześnie, często w dzieciństwie, pod postacią wypadania tylnej ściany pochwy. Jednocześnie można spostrzedz opadnięcie trzew, które czasem dochodzi do tego stopnia, że kiszki cienkie wraz z krzywizną esowatą znajdują się w jamie DOUGLAS'a. Odprowadzenie i umocowanie narządów wypadniętych jest dosyć trudne, daje się jednak skutecznie za pomocą operacji, w ogólnych rysach przypominającej usuwanie przepukliny doszczętne, lecz z rozmaitemi zmianami, zależnie od przypadku.

Prof. HEUBNER (Berlin). „O płasawicy“. Pojęcie „płasawica“ uległo znacznemu ograniczeniu, dzięki wyłączeniu z tej grupy płasawicy historycznej, choroby tic'ów i t. p. Związek pomiędzy goścem i płasawicą z każdym dniem staje się oczywistszym. Tak MEYER z kliniki HAGENBACH'a ogłosił spostrzeżenia, z których wynika, że płasawica wystąpiła w 32% przypadków mniej lub więcej bezpośrednio po goścem. Według poglądu HEUBNER'a płasawicę należy zaliczyć do chorób goścowych, względnie zakaźnych. Za tem przemawia częste spostrzeganie płasawicy w rodzinach, których członkowie cierpią na rozmaite postaci gościcy; dalej — występowanie wysypki goścowej u cierpiących na płasawicę, w końcu przebieg długotrwały obudwu cierpień i częste ich nawroty, jak również powikłanie zapaleniem wsierdzia bez względu na nasilenie choroby. Zastępują na uwagę spostrzeżenia LITTEN'a, według których pomiędzy płasawicą a tryprem zachodzi pewien związek, wskazujący na trypra, jako na równoważnik goścowy. Mówca zaznacza jeszcze, że jeżeli nie wszystkie ruchy płasawicze istotne, to przynajmniej niektóre robią wrażenie ruchów uczuciowych, afekcyjnych, to też i płasawicę spostrzegamy zwykle po 3 — 4 roku życia, to jest w tym okresie życia, kiedy dziecko nauczyło się wyrażać swe wzruszenia i uczucia za pomocą pewnych ruchów mięśniowych. Wobec takiego poglądu na płasawicę mówca radzi leczyć płasawicę nie tylko przetworami arszeniku, lecz zaleca nadto leżenie w łóżku i środki napotne.



Prof. GANGHOFER (Praga). „O rozpoznawaniu tężyczki w pierwszych latach dzieciństwa“. Prelegent sprawdzał doświadczenia THIEMICH'a nad wzmoczeniem pobudliwości galwanicznej w przypadkach tężyczki i przekonał się, że we wszystkich 49 przypadkach istniała wzmoczona pobudliwość nerwów, a w 41, t. j. w 83% i mięśni, a do wywołania KOZ w zakresie nerwu środkowego wystarczył prąd o sile mniej niż 5 MA. Należy przypuszczać, że KOZ bywa czasem ukryte przez zjawiający się wcześniej KST, na skutek czego badanie za pomocą prądu galwanicznego wydaje się rzekomo ujemnem w przypadkach niewątpliwej tężyczki. W przypadkach, spostrzeganych dłużej, można było przekonać się o braku wzmoczenia pobudliwości bądź galwanicznej, bądź mechanicznej; czasem istniało dłużej wzmoczenie jednego z powyższych rodzajów pobudliwości. Ze względów praktycznych należy ograniczać się badaniem tylko jednego nerwu, ponieważ wyżej zaznaczona zmienność pobudliwości przeszkadza wyrobieniu sobie dokładnego pojęcia o stanie każdego nerwu osobno, natomiast pobudliwość mechaniczną każdego nerwu można łatwo badać codziennie. Aczkolwiek GANGHOFER uznaje poważne znaczenie rozpoznawcze badań THIEMICH'a, sądzi jednak, że nie wystarcza ono do rozpoznawania tężyczki. Co się tyczy skurczu głośni u małych dzieci, to objaw ten stanowczo przemawia za tężyczką, a w 34 odnośnych przypadkach można było stwierdzić nadmierną pobudliwość galwaniczną pni nerwowych. Inaczej przedstawia się sprawa eklampsyi. W 17 przypadkach tego cierpienia stwierdzono wzmoczenie pobudliwości galwanicznej i mechanicznej i zaliczono je do stanów tężyczkowych, natomiast w czterech pozostałych przypadkach objawu tego nie spostrzegano. Okoliczność ta zniewala do twierdzenia, że badania THIEMICH'a i pod tym względem nie są miarodajne, i dopiero dalsze badania nad eklampsją pozwolą nam z czasem przeprowadzić granicę ścisłą pomiędzy temi dwiema grupami chorobowemi. (C. d. n.).

## BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.

A. SOKOŁOWSKI. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Część 1-a. Choroby tchawicy i oskrzeli. Warszawa 1902. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Pomysł wydania obszerniejszego podręcznika patologii i terapii szczegółowej zbiorowemi siłami, poruszony przed 6 ciu laty w gronie kolegów warszawskich, jakkolwiek w projektowanej pierwotnie postaci nie mógł przyjść do skutku, nie przeminął jednak bez śladu. Wydana obecnie przez SOKOŁOWSKIEGO pierwsza część „Wykładów klinicznych chorób dróg oddechowych“ jest tego rodzaju dowodem i razem z poprzednią moją pracą („wykłady o chorobach zakaźnych ostrych“) stanowi urzeczywistnienie pierwotnej naszej myśli w zmienionej tylko postaci. SOKOŁOWSKI zamierza, jak nam to wyjaśnia w przedmowie, zamknąć całość swych wykładów w trzech odrębnych częściach, z których pierwsza, obecnie wydana, obejmuje choroby tchawicy i oskrzeli, druga stanowić ma dział chorób mięszu płucnego i opłucny, a trzecia poświęcona będzie suchotom płucnym. Znając dobrze energię autora i jego zamiłowanie do pracy, nie wątpię, że zdoła on pomysł swój przeprowadzić do końca. Choroby tchawicy i oskrzeli są więc niejako zapowiedzią bardzo poważnej całości i z tego względu zasługują na szczegółowe rozpatrzenie

W każdym podręczniku wielkie znaczenie ma układ dzieła; większa lub mniejsza przejrzystość układu decyduje nieraz o powodzeniu książki. SOKOŁOWSKI w swoim podręczniku trzyma się ściśle układu anatomopatologicznego chorób tchawicy i oskrzeli. Rozpatruje więc naprzód zapalenia powierzchowne nieżytowe dróg oddechowych (rozdziały I—VIII), następnie przechodzi do zapaleń głębokich i swoistych (rozdziały IX—XI), a w końcu poświęca po jednym rozdziale kolejno ciałom obcym, nowotworom, rozszerzeniu i zwężeniu tchawicy i oskrzeli. Na zakończenie, niejako po za całością wykładu, pomieszcza w oddzielnych rozdziałach dychawicę oskrzelową i koklusz.

Układ mniej więcej w tej postaci jest przyjęty dzisiaj prawie we wszystkich podręcznikach patologii i terapii szczegółowej. Autor nie uważał za stosowne dopuścić się tutaj odstępstwa i uczynił zapewne dobrze ze stanowiska pedagogicznego, jakkolwiek z punktu widzenia patologii ogólnej przyznać musimy, że układ taki jest bardzo sztuczny i nie odpowiada zachodzącym tutaj rzeczywistym stosunkom. Daje się to odczuć zwłaszcza przy opisie nieżytów oskrzeli. Nieżyty oskrzeli, stanowiące z punktu widzenia anatomicznego jedną sprawę, mają tak rozmaite przyczyny i tak rozmaity przebieg kliniczny, że niepodobna objąć ich jednym schematem opisowym. To też oddawna klinicyści musieli wyróżniać tu cały szereg postaci klinicznych, opierając się bądź na umiejscowieniu anatomicznym (nieżyty drobnych i grubych oskrzeli), bądź na jakości wydzieliny (*bronch. sicca, pituitosa, putrida* i t. d.), bądź nakoniec na etiologii (nieżyty grypowe, odrowe, zimnicze, artrytyczne i t. p.). Ten podział, oparty na rozmaitych podstawach, wprowadza do tej sprawy chaos, który zwłaszcza przy opisie w podręcznikach uczuwać się daje. Nie uniknął go również i SOKOŁOWSKI. Mojem zdaniem, autor byłby dobrze uczynił, gdyby był zerwał z utartym sposobem opisywania nieżytów oskrzeli i wprowadził jeden tylko podział etiologiczny. Zapewne, nasze wiadomości etiologiczne są dziś pod wieloma względami jeszcze niedostateczne, sądzę jednak, że nawet przy obecnych brakach dałyby się ustalić pewne schematy etiologiczne, odpowiadające lepiej stosunkom rzeczywistym, aniżeli nie wytrzymujące krytyki tradycyjne podziały.

Co do innych części przyjętego przez autora układu, miałbym jeszcze do zarzucenia tę okoliczność, że ciała obce w tchawicy i oskrzelach wraz z pasorzytami opisuje autor w rozdziale XII-ym, a zwężenia wraz z ranami i uchyłkami tchawicy i oskrzeli w XV-ym, po nowotworach i rozszerzeniach oskrzeli. Tymczasem ciała obce i zwężenia pod względem klinicznym, symptomatologicznym powinny być ujęte w jeden dział. Unika się tym sposobem niepotrzebnego powtarzania przy opisie etiologii i klinicznego przebiegu, a nawet leczenia. Istnieje niewątpliwie bliższy kliniczny związek pomiędzy ciałami obcymi w oskrzelach i obrazem zwężenia, aniżeli pomiędzy tem ostatniem i uchyłkiem lub nawet zranieniem. Nie zgadzam się również z autorem na zaliczenie koklusza do działu chorób oskrzeli; sprawa to swoista zakaźna i jako taka powinna być opisywana w dziale chorób zakaźnych. Jestto także ustępstwo, uczynione przez autora na rzecz tradycyi.

Takie są, mojem zdaniem, braki w układzie dzieła. Podniosłem je dlatego, że szkodzą one w pewnym stopniu pracy autora, gdyż zaciemniają jego wyborny wykład. Autor w wykładzie trzyma się również przyjętego powszechnie wzoru: opisuje kolejno historję, etiologję, anatomję patologiczną, symptomatologję, dyagnostykę różniczkową, rokowanie i leczenie chorób. W wykładzie tym jednak wykazuje dar pedagogiczny nielada: umie wysuwać rzeczy ważne na pierwszy plan, umie utrzymać miarę w szczegółach i tym sposobem rysuje jasno

i zwięzłe obrazy kliniczne. Jestto rzecz wielkiego znaczenia w podręczniku. Dobry podręcznik to swojego rodzaju dzieło sztuki: architektoniczna jego budowa wymaga od autora wrodzonego poczucia miary, pewnego artyzmu. Otóż to poczucie miary posiada SOKOŁOWSKI w wysokim stopniu; ujawnia się to wszędzie, a zwłaszcza w podanej przez niego kazuistycie. Przytoczone w dziele opisy spostrzeganych przypadków są krótkie, obejmują tylko najważniejsze fakty z przebiegu choroby i pomijają wszystkie szczegóły podrzędne, przyczem są na tyle wyraziste, że wdrażają się mocno w umysł czytelnika. Miara utrzymana została nie tylko w opisie, lecz i w liczbie przytoczonych przypadków. SOKOŁOWSKI nie przepełnił swego dzieła nadmiarem kazuistyki, jak to czynią często francuscy zwłaszcza autorowie, lecz przytoczył tylko przypadki najrzadsze i najbardziej typowe.

Wartości naukowej „Wykładów“ nie będę rozbierał. Autor jest dobrze u nas znany jako klinicysta wytrawny, z dużym doświadczeniem w tym właśnie zakresie. Liczne jego prace dotychczasowe świadczą, że pracuje on wiele naukowo i stoi na poziomie wiedzy społecznej. Możemy to tylko dodać, że obecne dzieło nie zawiodło żywionych pod tym względem nadziei: z każdej jego stronicy widnieje duża wiedza, oparta na własnym doświadczeniu. Są rozdziały opracowane wybornie np: o zapaleniu włóknikowym oskrzeli, o ciałach obcych w tchawicy i oskrzelach, o dychawicy nerwowej. Za najslabsze uważałbym rozdziały pierwsze, traktujące o nieżyłtowie zapaleniu oskrzeli. Winę tu przypisuję jednak nie tyle autorowi, ile przyjętemu przez niego tradycyjnemu układowi i sposobowi opisywania tych spraw.

Za wielką zaletę dzieła poczytują szerokie względnie polskiego piśmiennictwa. Zapewne, że dzisiaj nie jest to już nowością spotkać w pracach naszych autorów dokładnie zebrane cytaty z literatury ojczystej. Przed niedawnym czasem jednak było inaczej. Ośmielę się więc tutaj przypomnieć, że do reformy pod tym względem SOKOŁOWSKI przyczynił się niemało, że oddawna już nawoływał do szanowania własnego dorobku naukowego i oddawna też świecił przykładem.

Jeszcze na jedną rzecz chciałbym tu zwrócić uwagę. W przedmowie do swego dzieła autor wypowiedział bardzo słuszną myśl: „sprawy patologiczne nie przedstawiają u wszystkich narodów tego samego charakteru w objawach i przebiegu swoim. Wiemy to dokładnie, że szablonowo skreślone w podręcznikach cudzoziemskich formy chorobowe kształtują się odmiennie w klimacie naszym u ludności, żyjącej wśród zupełnie odmiennych warunków kulturalnych, dyetytycznych i t. p.“ Należało się spodziewać, że autor wykaże i uwzględni te różnice w przebiegu opisywanych przez siebie chorób. Tymczasem oprócz wątpliwej wartości dat statystycznych z warszawskich szpitali oraz kilku uwag przy omawianiu profilaktyki zapalenia oskrzeli nie znajdujemy nic, coby świadczyło o jakiejś odrębności. Dzieło pozostaje, jak wszystkie społeczne podręczniki, wyrazem abstrakcyjnej patologii, wspólnej dla wszystkich ras i narodowości. A jednak zasadnicza myśl SOKOŁOWSKIEGO jest słuszną; odrębność w przebiegu spraw patologicznych istnieje, tylko badanie jej jest bardzo trudne, a przynajmniej odbywać się powinno na innej drodze. Dotychczasowe badania patologiczne opierają się głównie na spostrzeżeniach szpitalnych. Chorzy szpitalni stanowią jednostki, wyrwane ze swego stałego środowiska, i przedstawiają zwykle daleko posunięty okres choroby, gdzie już wszelka odrębność zanika. Przy badaniu ich zresztą zwracamy uwagę na wybitne objawy z pominięciem drobnych szczegó-

łów, zwykle nie zaznaczanych nawet. Tymczasem one właśnie składają się na odrębność indywidualną, narodową lub rasową choroby. Chcąc więc stworzyć patologię, że tak powiem, lokalną, miejscową, należy badać i uwzględniać najdrobniejsze szczegóły; należy interesować się nie objawami głównymi, powszechnymi, mniej lub więcej stałymi, lecz drobnymi zboczeniami w przebiegu i śledzić ich rozwój; na koniec należy badać chorych w początkach choroby w ich otoczeniu domowym. Słowem dla poznania różnic lokalnych w przebiegu chorób należy zmienić, jeżeli nie całe dotychczasowe badanie, to przynajmniej jego cel. Dziwić się też nie będziemy, że autor pomimo najszczerzej chęci nie mógł wykazać przy obecnym kierunku badania dobrze przez niego odczuwanej odrębności w przebiegu opisywanych chorób.

Na ten koniec moje uwagi. Z niecierpliwością oczekiwać będę dalszych części dzieła SOKOŁOWSKIEGO. Radbym w nich spotkać ten sam sposób wykładu, tę samą miarę w budowie, ten sam materiał naukowy, lecz zarazem trochę mniej uznania dla tradycji, mniej kultu dla anatomii patologicznej, a więcej wiary w przyszłość etiologicznego kierunku patologii.

*Władysław Biegański.*

## ***O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława***

**za czas od 14 stycznia do 14 lutego r. b.**

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 98 (m. 41, k. 57); przybyło od 14 stycznia do 14 lutego 90 (m. 47, k. 43); wypisało się 91 (m. 41, k. 50); zmarło 7 (m. 4, k. 3); pozostało na miesiąc następny chorych 90 (m. 43, k. 47).

Ogólna liczba chorych była także sama prawie, jak i w ubiegłym miesiącu, a wogóle nieznaczną: dzięki dalszemu zmniejszeniu się wszystkich prawie chorób zakaźnych oprócz tyfusu wysypkowego, który w połowie miesiąca pokazywał się dosyć często, ale już pod koniec znów przycichł.

Najlichnieszą rubrykę i w tym miesiącu stanowiła róża, której przybyło przypadków 21 (m. 12, k. 9), z których 2, z powodu powikłań i chorób towarzyszących, zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Żorawia 15 (2 przypadki), Marszałkowska 79, Żelazna 4 i 80, Składowa 16, Krakowskie Przedmieście 56, Plac św. Aleksandra 11, Przyokopowa 3, Dzika 44, Chmielna 70, Franciszkańska 2, Ujazdowska 4 (2 przypadki), Podwałe 24, Kawęczyńska 31, Pawia 72, Grzybowska 56; Słodowiec, Wola i Bielawa.

Drugą rubrykę 2 razy większą, niż w ubiegłym miesiącu, zajął tyfus wysypkowy, którego zanotowano przypadków 18 (m. 14, k. 4) z przebiegiem, z początku, dosyć ciężkim. Dwa z nich zakończyły się śmiertelnie. Chorzy przybyli z ulic i domów: Wolska 58, Stare Miasto 2, Prosta 32 (2 przypadki), Radzyńska 12, 49 (3 przypadki), Wołyńska 11, Freta 13, Plac Grzybowski 1, Krochmalna 39, Nowolipie 50 (2 przypadki). Dzielna 24, Ś-to Jerska 12, Żelazna 4 i wieś Targówek.

Dwa razy mniej zanotowano ospę, której przybyło tylko przypadków 6 (m. 1, k. 5); przeważnie u chorych nieszczepionych. Dwa z nich zakończyły się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Elektoralna 30, Nowy Świat 53 i 8, Leopoldyna 21, Mokotów i Sobieszyn.

Z innych chorób gorączkowych ostrych przybyło: 4 przypadki zapalenia gruczołu przyusznego; po 3 — błonicy gardła (Senatorska 15, Petersburska 3, Wola) i reumatyzmu wielostawowego; po 2 — płonicy (Krochmalna 5 i Wielka 35), grypy, tyfusu brzuszno (Żelazna 48, Gęsia 87), odry i zapalenia gardła; oraz po jednym przypadku: gruźlicy płuc, zapalenia płuc krupowego i nosacizny (Czerniakowska 53).

Chorych, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy 23 (m. 10, k. 13).

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława; wydano 6 (m. 3, k. 3).

Rewakcynacy w ubiegłym miesiącu dokonano 41 (m. 18, k. 23).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 2639 (m. 1249, k. 1396).

Śmiertelność miesięczna wynosi 3,7%.

*J. Sz wajcer.*

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== ZUNTZ zwraca uwagę na indywidualne wahania w przemianie materii u osobników, dotkniętych otyłością przy stosowaniu pracy mięśniowej. Naprzykład, podczas spaceru na jednym i tym samym dystansie sangwinik zużywa daleko więcej energii, niż flegmatyk: wahania mogą dochodzić do 20—75%. To też, zalecając takim chorym przechadzkę, powinniśmy oznaczyć czas trwania i szybkość, ewentualnie długość drogi do przebycia. Trzeba baczyć na

to, żeby liczbauderzeń tętna w 10 minut po spacerze była normalna; zdwojona liczba oddechów w czasie spaceru lub innej pracy fizycznej jest oznaką niedomogi serca. Granice serca i wątroby nie powinny ulegać rozszerzeniu. Ażeby uniknąć rozpadu białka, należy przed wykonaniem pracy mięśniowej podać choremu obfitą ilość wodań węgla i tłuszczów, a po skończonej pracy—pokarmy białkowe (mięso i t. d.).  
Z.

## Wiadomości bieżące.

— Na Prezesa Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego na rok 1902 wybrany został d-r Aleksander WOJNICZ, na wiceprezesa d-r L. CZARKOWSKI, na sekretarza d-r WASZKIEWICZ.

— Prof. BROWICZ wybrany został na członka honorowego Towarzystwa lekarskiego Wileńskiego.

— Komitet narodowy polski na XIV międzynarodowym zjeździe lekarskim w Madrycie stanowią: z Krakowa prof. WICHERKIEWICZ, prof. REISS, d-r BUZDYGAN i prof. KRYŃSKI; ze Lwowa prof. MARS, prof. ŁUKASIEWICZ i d-r Lesław GLUZIŃSKI; z Warszawy d-r FLORKIEWICZ, d-r KURTZ i d-r WRÓBLEWSKI; z Poznania d-r NIEGOLEWSKI, d-r JARUNTOWSKI K. i d-r DZIEMBOWSKI. Zarząd stanowią: Prezes: prof. WICHERKIEWICZ,

wiceprezes: d-r FLORKIEWICZ, sekretarz: d-r BUZDYGAN, skarbnik: prof. REISS.

— Sprzedaż mięsa i sposób obchodzenia się z niem przedstawia pod względem higienicznym bardzo liczne braki, szczególnie po małych miasteczkach lub osadach. Że tak jest, dowodzą tego między innymi wydane przez Rząd Gubernialny radomski następujące przepisy:

1) We wszystkich miastach i osadach gub. radomskiej, z wyjątkiem miast: Radomia, Końskich, Opoczna, Opatowa, Sandomierza, Kozienic, Ostrowca i osady Iłży, w których obowiązują przepisy specjalne, sprzedaż mięsa powinna się odbywać w jatkach miejskich lub sklepach prywatnych, dla sprzedaży tej wyznaczonych.

2) Sklepy z mięsem powinny być dość obszerne, suche, widne i dobrze przewietrzane; mieć ściany do wysokości nie mniejszej, niż 1 sążęń, pokryte jasną farbą olejną, nigdy jednak koloru czerwonego; podłogi zrobione z materiału nieprzepuszczającego wody; stoły obite blachą cynkową. Sklepy z mięsem nie powinny mieć żadnego połączenia z mieszkaniami, jak również nie mają posiadać pieców ogrzewających.

3) Przepisy, wyłuszczone powyżej, obowiązują i właściciele sklepów z wędlinami oraz warsztaty masarskie, przy czem piece, służące do wędzenia wędlin powinny być urządzone według przepisów ustawy ogniowej, a w warsztatach nie wolno nikomu mieszkać i przechowywać przedmiotów, nie mających związku z zawodem.

4) Handlujący mięsem obowiązani są utrzymywać sklepy swoje w czystości i w zupełnym porządku, mianowicie: ściany, podłogi, stoły, ławki i deski winny być myte codziennie, a pie do rąbania mięsa w odpowiednim czasie heblowane; wagi, haki, topory i noże należyście z rdzy czyszczone; zabite sztuki i mięso z nich rozwieszać należy tak, aby nie dotykały ścian, drzwi, okien, przyczem powinny być przykryte białymi zasłonami; resztki mięsne, kości i inne odpadki należy składać w pudła, a następnie, po skończonej sprzedaży, wyrzucać do śmietników, lecz w żadnym razie na ulicę lub na podwórze.

5) W sklepach z mięsem nie wolno jest przechowywać: skór zwierzęcych, rogów, kopyt, wewnątrzności nieumytych i nieoczyszczonych, oraz wszelkich rzeczy postronnych.

6) Surowo jest wzbronione wszelkie wywieszanie mięsa na drzwiach i ramach okiennych.

7) Zajmujący się sprzedażą mięsa robotnicy winni mieć odzież czystą i nosić obcisłe białe fartuchy. Za niezachowanie tego przepisu przez robotników odpowiedzialność spada na właściciela sklepu lub warsztatu.

8) Sprzedaż mięsa na ulicach, placach, w sieniach domów i wogóle na zewnątrz sklepów, jak również roznoszenie mięsa po domach, surowo jest wzbronione.

Dodalibyśmy od siebie, że resztek mięsnych, kości i innych odpadków nie należałoby wyrzucać na śmietniki, jak to wskazuje Nr. 4-y powyższych

przepisów, gdyż wszelkie ciała organiczne, podlegające gniciu, winny być niezwłocznie z obrębu domów zamieszkałych niezwłocznie usuwane. Mogłoby to tylko wtedy mieć miejsce, gdyby zawartość śmietników codziennie była usuwana; że zaś to się nie wykonywa, a śmietniki po całych tygodniach nie bywają opróżniane, przeto wrzucanie do nich ciał, mogących ulegać szybkiemu gniciu, szczególnie podczas lata, wcale nie leży w interesach higieny. Dobrzeby było, aby i w innych częściach kraju powyższe przepisy obowiązywały.

— Zmarli. W dniu 7 b. m. w Kaliszu zmarł d-r Bronisław WOJCIECHOWSKI w 56 roku życia. Zmarły był od kilkudziesięciu lat lekarzem gimnazjalnym w Kaliszu, gdzie dla zalet umysłu i serca cieszył się wielką popularnością i uznaniem. Oprócz pracy zawodowej, z zamiłowaniem oddawał się badaniu przeszłości narodu polskiego i studjom archeologicznym. Na polu piśmiennictwa zmarły dał się poznać z prac: „Kronika szkół kaliskich z końca XVIII wieku”, „O Mikołaju WOSIŃSKIM, lekarzu krakowskim z XVII wieku”, „O chorobie WEIL'a”. Prócz tego wynalazł przyrząd do pisania dla ociemniałych.

— Dnia 9 b. m. w Radomiu zmarł d-r Edward BUDZYŃSKI, lekarz powiatu Radomskiego, przeżywszy lat 51.

— Dnia 15 b. m. w Warszawie zmarł d-r Jan KLECZKOWSKI w 49 roku życia.

— Dnia 14 b. m. w Płocku zmarł d-r Zygmunt PERKAHL, b. prezes tamtejszego Towarzystwa lekarskiego, ordynator szpitala Starozakonnych, lekarz gimnazjum męskiego.

— W Monachium zmarł prof. ZIEMSEN, znany powszechnie klinicysta.

— W Sztokholmie zmarł prof. AXEL-KBY, znakomity anatom szwedzki.

— W Moskwie zmarli prof. FILATOW, znany pedyatra i prof. KOZEWNIKOW, znany neuropatolog.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Jana BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rub. 81. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś — w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu. *D-r M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Feliksa JABŁONOWSKIEGO wakuje wsparcie rub. 299 kop. 7 za rok 1902 przyznać się mające, według dostojnej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania próśb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ulica Niecała Nr. 7) oznacza się termin do dnia 15 czerwca r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3-ch lekarzy — członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach, przemawiających za udzieleniem rzeczzonego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamieszkali przesłać winni próśby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce P. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu. *D-r M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w dniu 21 kwietnia r. b., jako w rocznicę śmierci ś. p. Doktorowej Zenobii SOKOŁOWSKIEJ, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie rub. 200 ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia (ulica Niecała Nr. 7), na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych lub ich Zastępców — najpóźniej do dnia 1 kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń 3-ch członków Kasy Wsparcia o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7) oraz w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu. *D-r M. Jakowski.*

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, Copousza, Filleborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziołkiewicza, Kozłowski, Lilpopa, Malinowski, Mioszczańskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Różyckiego, Strużyńskiego i Fricka, Stypińskiego i Surzyckiego, Welta i Zilbera, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhafa.

Składy główne: Karmielicka 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 aptecce **K. Rybickiego**. w Kielcach w aptecce **A. Wierzbęty**.

## Pracownia analityczno - lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

# MERAN

D-r ROMUALD BINDER,

Polak, praktykuje jak w 7-miu poprzednich latach od września do czerwca

Willi Gotensitz Habsburgerstrasse.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny  
PRACOWNIA przyrządów ORTOPEDYCZNYCH

## D-ra Reichsteina

Warszawa—Leszno 31.

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

## ZAKŁAD LECZNICZY

### D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.  
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

## Zakład Leczniczy dla chorych

### NA USZY

### D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

Księgarnia E. WENDE i S-ka,

(Krakowskie-Przedmieście 9).

Otrzymała na skład główny:

## Choroby Narządu Słuchowego,

Podręcznik dla lekarzy i studentów.

Napisał

Dr. med. Teodor Heiman.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Produkta wytworzone ze soli naturalnej Wód Vichy

## PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki na trawienie.

## COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Dla przygotowania u siebie wody alkalicznej gazowej.