

MEDYCINA.

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 Administracya „Medycyny“. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii. Podał d-r L. Bregman. — Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego istotne i wrzekomie. (Paralysis et pseudo-paralysis m. serrati antici majoris). Napisał M. Biro (Ciąg dalszy). — KAZUISTYKA. Przypadek tęcza leczony surowicą Skreślił Ludwik Rabek. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 96 Leczenie zapalenia płucny i otrzewny pochodzenia gruźliczego za pomocą przemywań wodą gorącą wyjałowioną. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 14 maja i 18 października r. b. — Z IV zjazdu międzynarodowego ginekologów w Rzymie. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Bregman — Observations cliniques sur la syringomyelie 2) D-r M. Biro — Sur la paralysie réelle et apparente du muscle grand dentelé.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Bregman — Klinische Beobachtungen ueber Syringomyelie. 2) D-r M. Biro — Ueber die thatsächliche und scheinbare Paralyse des M. serratus anticus (major).

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

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH D-RA BREGMANA W SZPITALU
STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE Z SYRINGOMYELII.

Podał

D-r med. LUDWIK BREGMAN.

Odczyt wygłoszony w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem w dniu 19 lutego 1901 r.

Sz. Panowie! Syringomyelia należy do tych postaci chorobowych, których rozpoznanie w przypadkach typowych nie przedstawia trudności, a dzięki predylekcyi sprawy patologicznej do pewnych części rdzenia, przypadków takich jest w niej więcej, aniżeli w innych cierpieniach rdzeniowych. Terapia nie znalazła dotąd środka, któryby wpłynąć mógł na jej przebieg, rokowanie pozostało to samo, jak przed laty kilkunastu po wyodrębnieniu jej w nozografii klinicznej, a profilaktyka równała i równa się zeru — pomimo to choroba ta budzi dotąd wielkie zainteresowanie wśród lekarzy zaró-

wno swymi niezwykłymi objawami, jak i zagadkowym powstaniem, i w piśmiennictwie lekarskim zajmuje jeszcze miejsce jedno z najprzedniejszych. Anatomico-patologowie nie ustają w swych badaniach histologicznych, klinicyści pogłębiają analizę objawów i poszukują nowych faktów, mogących wyjaśnić powstawanie jam w rdzeniu ¹⁾.

Mając w ostatnich paru latach sposobność spostrzeganiu kilku przypadków tej, bądź co bądź, dość rzadkiej choroby, pragnąłbym je Sz. Panom przedstawić. Posiadając wspólne cechy właściwe syringomyelii, niektóre wyróżniają się bardzo ciekawymi szczegółami, a przy zestawieniu dadzą nam bardziej kompletny obraz tego cierpienia, jego umiejscowienia i przebiegu.

Zacznę od przypadków starszych, w których sprawa chorobowa doszła do rozkwitu, obraz kliniczny nie przedstawia wątpliwości, a przejdę następnie do stosunkowo świeższych, w których brak często jednego lub drugiego z objawów głównych, a rozpoznanie umożliwione zostało dopiero dzięki lepszemu zaznajomieniu się z całością choroby.

Przypadek I. M. Szkarłat ²⁾, 62 lata, wdowa, datuje początek swej choroby przed laty 30. Będąc w 7 miesiącu ciąży, zauważyła znieczulenie prawej połowy ciała. Przed laty 12 zaczęły się tworzyć zastrzały na palcach, skutkiem czego odjęto jej 3 palec lewej ręki. Przed 6—7 laty temu samemu losowi uległ 3 palec ręki prawej. Potem palce zaczęły się wykrzywiać, ale dopiero w ostatnich 2—3 latach wykrzywienie dosięgło tego stopnia, jak widzimy obecnie. Od niedawna lewa ręka mocno drży.

Przed paru laty powstał garb i powiększa się z każdym rokiem.

Najbardziej zaniepokoiły chorą napady, którym ulega od 6—7 tygodni. Nagle doznaje ona silnego zawrotu głowy, „wszystko się wokoło niej kręci, zdaje się jej, że umiera“, i, gdyby, czując zbliżanie się napadu, nie szukała oparcia, upadłaby z pewnością. Napad powtarza się kilka razy dziennie, często i w nocy. Takie same napady miewała przed 6—7 laty w przeciągu 3-ch miesięcy.

Obarczenia dziedzicznego nie wykrywamy. W 12 roku chora miała silną czkawkę, którą leczono wielokrotnymi upustami krwi. Przed laty 20 przechodziła ciężką infekcją (tyfus?). Nadużyć nie popełniała. Miała dzieci II, żyje 5. Żadne drgawek nie miało.

Badając chorą, widzimy ogromne zniekształcenie obu rąk. (Fig. I i II). W lewej zupełny zanik kłęba i kłębika. Dłoń zagłębiona, wklęsła. 1-a przestrzeń międzykostna bardzo wpadnięta, inne niewydatne. 3-ci palec w 1-ym członku odjęty. 2, 4 i 5-ty zgięte i przykurczone, najbardziej paluszek, który naciska na okolicę stawu śródrekczołnkowego i wytworzył sobie tu małą jamkę. Paluch również zgięty, 1-sza kość śródrezcza nadmiernie wyprostowana, przy zginaniu paluszka kość ta wyżej jeszcze się podnosi.

Ruchy palców bardzo ograniczone: chora prostuje tylko 2-gi i kikut 3-go, zgina wszystkie bardzo mało. Palucha nie przeciwstawia wcale, od- i doprowadza słabo, prostuje w 1-ym członku. Ruchom tym towarzyszą odpowie-

¹⁾ W naszym piśmiennictwie również żadne cierpienie układu nerwowego nie może się poszczycić tak wielką liczbą prac, jak syringomyelia (S. BERNSTEIN, BIERNACKI, BREGMAN, GOLDBAUM, KOZERSKI, KROKIEWICZ, LUXENBURG, MĘCZKOWSKI, OLEJNIK, ORŁOWSKI, PRUS, RADZIWIŁOWICZ, STRÓŻEWSKI, TRYJARSKI, WIZEL).

²⁾ Zapisała się do oddziału chorób nerwowych d. 24. X. 1900, wypisała się 30. XII. 1900.

dnie ruchy w ręce prawej. W stawie napięstkowym lekkie przykurczenie w zgięciu i abdukcji; chora zgina napięstek, ale go nie prostuje.

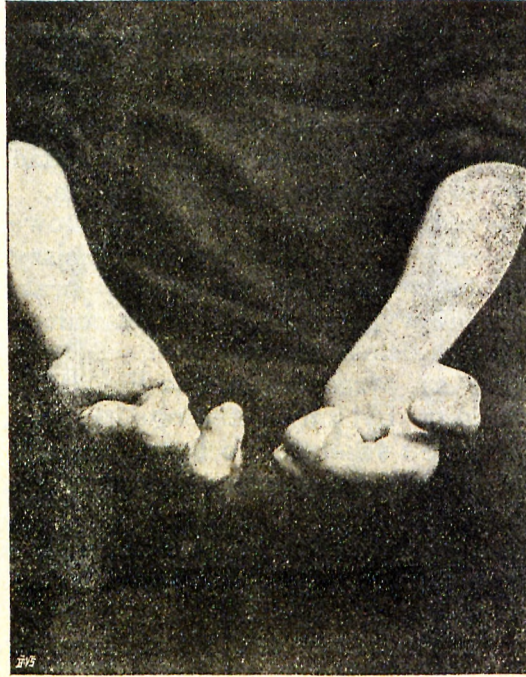


Fig. I.

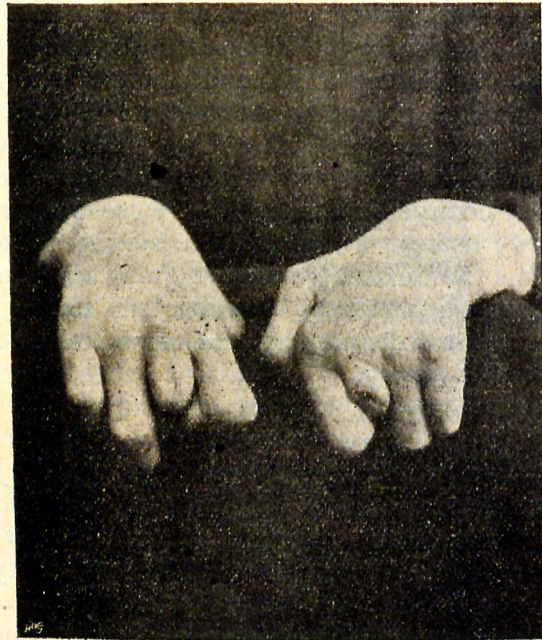


Fig. II.

W prawej ręce palce ogromnie zniekształcone. Paluch w 1-ym członku zgięty i przyprowadzony tworzy z kością śródręcza kąt prosty. Członki

palucha zgrubiałe, nieforemne. Ostatnie członki innych palców również zgrubiałe, paznokcie grube, ciemne, niekształtne. 3-ci palec odjęty.

Przykurczenie palców mniejsze, aniżeli w lewej ręce, również w zgięciu. 2 i 3 członek 4-go palca zrosnięte. Zanik małych mięśni dłoni mało wybitny. Ruchy palców (i nawet paluszka), pomimo zniekształcenia, nie źle zachowane, uścisk dłoni nawet dość silny. W napiętku przykurczenia niema, ruchy wykonywa dość dobrze i z pewną siłą.

Przedramię lewe w stanie posuniętego zaniku, prawe w mniejszym stopniu. W ramionach i pasie barkowym zaniku nie widać. Ruchy w stawach łokciowych i barkowych zachowane, choć z małą siłą.

W lewej ręce i przedramieniu drżenie włókienkowe; przy wysiłku mięśniowym drżenie całej ręki; prawa ręka drży w mniejszym stopniu.

W kończynach dolnych zaburzeń ruchowych brak. 2-gi palec nogi lewej zgięty, 1-y nadmiernie wyprostowany: zniekształcenie to jest wrodzone i znajduje się u wszystkich dzieci chorej.

Zaburzenia czucia są przedstawione na Fig. III. Dodać tylko muszę, że w prawej ręce zniesiony był zmysł stereognostyczny, i że widoczne były na niej liczne ślady, starsze i świeższe, po oparzeniach.

Odruchy ścięgniste kończyn dolnych bardzo wzmożone, w prawej nodze silny *clonus*, w lewej słaby.

W prawej połowie języka czucie bólowe zmniejszone. Odruch spojówkowy prawy słaby, lewy silniejszy, łechtaczkowe nosa i ucha prawe zniesione, lewe słabe.

Niezbyt znaczne stwardnienie tętnicy promieniowej. Silne tętnienie w dole jarzmowym.

Garb łukowaty w górnej części grzbietowej kręgosłupa.

Napady, którym chora ulega, przedstawiają się, jak następuje: chora nagle wydaje okrzyk („moja głowa“), podnosi ku głowie obie ręce, opuszcza się na poduszkę, cała się kurczy. Przytomności nie traci, drgawek klonicznych brak. Napad trwa około 10 sekund, potem chora czuje się dobrze, na ból głowy nie narzeka. Napady powtarzały się z początku 1—2—3 razy dziennie, najczęściej w godzinach rannych. Zaleciliśmy bromek potasu 3,0 grm., stopniowo powiększając dawkę do 8,0 grm. pro die, które chora przyjmowała w godzinach późnych wieczornych i wczesnych rannych.

Od 14. XI napady ustaly. Po wypisaniu się (25. XI. 1900) chora leczyła się przez pewien czas ambulatoryjnie i przyjmowała mniejsze nieco dawki bromu, później leczyć się przestała. Widziałem chorą we wrześniu 1901 r., napady poprzednie nie powtórzyły się, ale w ostatnim czasie chora doznaje znowu lekkich zawrotów głowy.

Rozpoznanie syringomyelii w przypadku tym nie nastęrcza żadnych wątpliwości. Znana *trias* objawów głównych — zaburzenia czucia, zanik mięśni oraz zmiany troficzne skóry i układu kostnego — jest tu w komplecie. Zmiany troficzne i zaburzenia czucia znajdują się przeważnie po stronie prawej, po lewej zaś zmian troficznych brak, czucie jest w mniejszym stopniu zakłócone, natomiast zanik mięśni jest tu dalej posunięty. Stosunek podobny znajdziemy jeszcze w paru innych przypadkach.

Objawem niezwykłym są napady, które powyżej opisałem. Napady podobne spostrzegano najczęściej w postaci opuszkowej naszego cierpienia. Po napadach występują często wyraźne objawy opuszkowe, np. chrypka i za-

burzenia przy łykaniu (HOFFMANN)³⁾, bezwład języka (BRUNZLOW)⁴⁾, zmiana głosu i podwójnowidzenie (RAICHLINE)⁵⁾, podwójnowidzenie i porażenie twarzowe (MÜLLER), palenie w ustach i przełyku oraz zaburzenia przy łykaniu (SCHLESINGER)⁶⁾, w kilku innych bezwład połowiczny lub zupełny. Niekiedy napad potęguje się do stopnia napadu apoplektycznego, W przypadku HITZIG'a⁷⁾ np. po napadzie apoplektycznym wystąpiły niewyraźna mowa, *incontinentia*, niemożność utrzymania się na nogach. Chory prócz obustronnych objawów rdzeniowych miał szereg objawów z nerwów mózgowych jednej strony. LAMACQ⁸⁾ spostrzegł również przypadek z silnymi zawrotami głowy oraz zanikiem jednej połowy języka i niedowładem twarzowym.

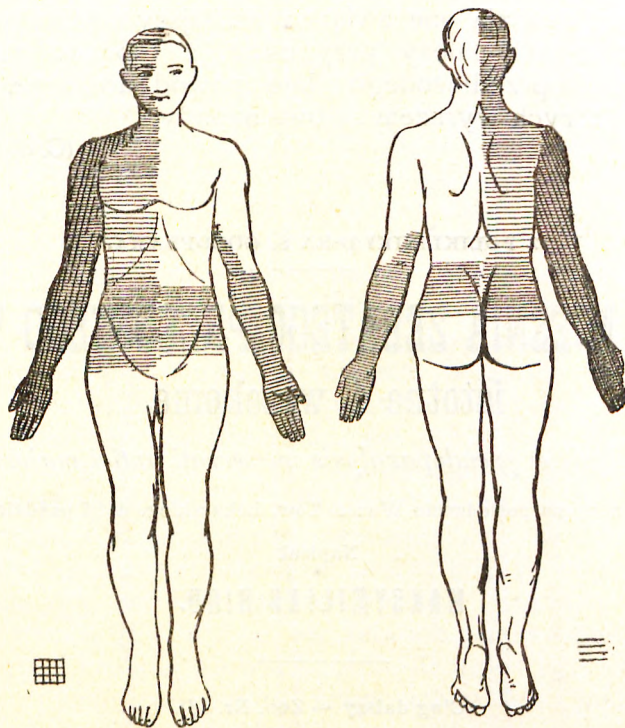


Fig. III.

Kratka: zupełne znieczulenie. Kreski: rozszczępienie czucia (thermanaesthesia et analgesia).
Kropki: Zniesienie czucia cieplikowego.

W niektórych znowu przypadkach spostrzegano ogólne drgawki toniczne, a nawet i kloniczne i zwalano je również na zajęcie opuszki. Napad może być podobny do tężca i przebiega z utratą lub z zachowaniem przytomności. Chory SCHLESINGER'a tracił przytomność dopiero z chwilą, gdy

³⁾ HOFFMANN. Zur Lehre von der Syringomyelie. Deutsche Zeitsch. f. Nervenhe. Bd. II.

⁴⁾ BRUNZLOW. Ueber einige seltene, wahrscheinlich in die Kategorie der Gliosis spinalis gehörende Krankheitsfälle cyt. według SCHLESINGER'a.

⁵⁾ RAICHLINE. Sur un cas de Syringomyelie avec manifestations bulbaires, Thèse de Paris, 1892.

⁶⁾ H. SCHLESINGER. Die Syringomyelie. 1895.

⁷⁾ Th. HITZIG. Ein Fall von vorwiegend bulbärer Syringomyelie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk. Tom IX. 1897.

⁸⁾ L. LAMACQ. Contribution a l'étude des phénomènes bulbaires dans la syringomyelie. Revue de Médecine. 1895. Avril. str. 309.

następował kurcz głśni i zaburzenia cyrkulacyjne w mózgu. Prócz tych napadów wreszcie opisywano powikłanie syringomyelii prawdziwą padaczką.

U naszej chorej napady polegały na silnym zawrocie głowy oraz tonicznym skurczu mięśni, jak się zdaje, bez utraty przytomności. Po napadach a i po ząniami brak było jakichkolwiek objawów opuszkowych (prócz zaburzeń czucia na twarzy i języku, wskazujących na korzeń wstępujący nerwu trójdzielnego). Za powinowactwem z padaczką przemawiaćby mogło doskonałe działanie bromu. Pomimo to, biorąc pod uwagę sam rodzaj napadów, podobnych do przypadków, wyżej z literatury przytoczonych, dalej tę okoliczność, że napady podobne miały już miejsce przed 6—7 laty równocześnie z rozwojem innych objawów, wreszcie brak jakichkolwiek cech wybitnie epileptycznych, sądzę, że mają one związek ściślejszy z samą sprawą syringomyeliczną. W takim razie należy przypuścić, że sprawa ta, rozwijając się w sąsiedztwie rdzenia przedłużonego daje powód do zaburzeń cyrkulacyjnych w opuszce, których wyrazem są owe napady.

(C. d. n.).

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

PORAŻENIE MIĘŚNIA ZĘBATEGO PRZEDNIEGO WIELKIEGO istotne i wrzekome.

(*Paralysis et pseudoparalysis m. serrati antici majoris.*)

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego d 21 października 1902 r.

Napisał

MAKSYMILIAN BIRO.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 46).

Jakkolwiek jednak łopatka może odstawać przy wyłącznem porażeniu mięśnia kapturowego, jak dowodzi EULENBURG ¹²⁾ oraz THIEM, odstawanie to nigdy nie występuje w tym razie w dużym stopniu, lecz pomimo to, jak twierdzi STEINHAUSEN, wcale nie trzeba przypuszczać jednoczesnego zajęcia dolnego odcinka mięśnia kapturowego w przypadkach porażenia mięśnia zębatego, zachodzących ze znacznem odstawaniem łopatki. Lecz jeśli się zgodzimy, że wobec dużego odstawania brzegu łopatki wewnętrznego od tułowia należy przypuszczać w przypadku poliklinicznym cierpienie mięśnia zębatego, to nie może nas nie zastanowić, czemu wskazane odstawanie łopatki od tułowia występowało przy pewnem tylko ułożeniu kończyny i to nie stale podczas takiej nawet pozycji. Przypuśćmy na chwilę, że przy porażeniu nie zupełnem, przy słabym niedowładzie tego mięśnia, mogłaby odstawać łopatka od tułowia tylko przy pewnem położeniu kończyny, to jednak w danej

¹²⁾ EULENBURG. Partieller Defect des M. cucullaris. Posiedz. Berl. Tow. psych. i chorób nerwowych. (Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkr.) z d. 13. V. 1889. Neurolog. Centralbl. 1889. J. VIII. Str. 342—343.

pozycji owo odchylenie byłoby stałe. Owa właśnie niestalość każe nam odrzucić w danym przypadku myśl o tle cierpienia organicznem. O tej niestalości, na którą największy chyba kłaść nacisk należy, niema wzmianki w przypadku VERHOOGEN'a. Podano tam, że łopatka o tyle odstawała od tułowia, że w kieszeń, przez to utworzoną, można było „wprowadzić całą dłoń“, że dolny kąt łopatki był bardziej zbliżony do kręgosłupa, niż po stronie zdrowej, że pacjentka nie mogła unieść ramienia chorego do poziomu, a o tem, czy odstawanie łopatki było właściwe pewnemu tylko położeniu kończyny i czy było niestałe, nic nie wiadomo. Jeśli się nawet zgodzimy z VERHOOGEN'em, że obniżenie pobudliwości elektrycznej nie powinno przeczyć naturze czynnościowej cierpienia wobec jego kilkomiesięcznego trwania, to za tłem wyłącznym czynnościowem nie mogą przemawiać oznaki histeryi, znalezione u chorej poza objawami powyższymi, zniesione w zupełności ruchy całego ramienia w ciągu trzech dni i mocne bóle na początku choroby. Jeśli czynnościowa natura cierpienia jest niepewna w przypadku VERHOOGEN'a, to pewniejsza jest ona w przypadku SEELIGMÜLLER'a. Tu przynajmniej odstawała łopatka od ramienia tylko przy pewnem położeniu ramienia, mianowicie po cofnięciu ramienia wtył ku plecom. Odstawanie to niezupełnie odpowiada spostrzeżanemu w przypadku poliklinicznym. W ostatnim odstawał cały wewnętrzny brzeg łopatki, w przypadku SEELIGMÜLLER'a wyłącznie jej kąt dolny. Pomimo tych różnic należałoby przypadek polikliniczny i SEELIGMÜLLER'a zaliczyć do jednej kategorii. Dla względnego wytłumaczenia tej nowej formy wrzekomego cierpienia mięśnia zębatego można tylko myśleć o jednej z dwóch teorii: o czasowem osłabieniu napięcia mięśnia zębatego albo też o przejściowem przykurczeniu antagonistów. Pierwsza ma słaby grunt pod sobą ze względu na rzadko napotykaną wiotką porażenie czynnościowe jakiegokolwiek okolicy ciała. Przykurczenie przejściowe natury czynnościowej jest znane, i to też jedynie SEELIGMÜLLER omawia, wcale o inne objaśnienie nie potrącając. Przypuszcza on skurcz mięśni, idących od wyrostka kruczego i ciągnących ten wyrostek ku dołowi. Łopatka ma być rotowana ku przodowi wówczas, gdy leżące na żebrach punkty mięśnia piersiowego, kruczoramiennego i krótkiej główki mięśnia dwugłowego stają się punktami stałymi. Cierpienie to według niego może być pochodzenia ośrodkowego i obwodowego. Za obwodową przyczynę uważa on podrażnienie nerwu klatkowego przedniego (mięśnia piersiowego małego) i nerwu mięśniokórnego (mięśnia kruczo-ramiennego i krótkiej główki mięśnia dwugłowego), a oba te nerwy wychodzą z tego samego pnia, w który się połączyły 5, 6 i 7 nerw szyjowy. Zajęcie dźwigacza kąta łopatki wydaje się nieprawdopodobnem z tego względu, że ten mięsień nigdy nie jest w stanie w stopniu dużym odsunąć kąt dolny łopatki od tułowia. Jakkolwiek można objaśnić owo wrzekome porażenie mięśnia zębatego za pomocą teorii przykurczenia antagonistów, to jednak trudno zaprzeczyć, że i ona ma strony słabe. W razie przykurczenia tych mięśni łopatka byłaby w pewnem położeniu mocno utwierdzona, a, jak widać z naszego przypadku, takiego utwierdzenia nie było. Pomimo to teorię tę przyjąć musimy, jako najbardziej prawdopodobną. Uważając podaną formę za cierpienie czynnościowe, nie będziemy szeroko omawiali jej tła, gdyż to wchodzi w zakres teorii ogólnej spraw, tak zwanych, czynnościowych. Należy przypuścić jedno z dwojga: albo tkanki są niedostrzegalnie zmienione, i zwykłe sprawy wymiany materii wystarczają do wywołania w nich zjawisk patologicznych, albo też tkanki są nor-

malne, a zmienione od czasu do czasu warunki wymiany materji powodują wybuchy spraw chorobowych. Pierwsza hipoteza wydaje się prawdopodobniejszą, gdyż wiąże poniekąd sprawy organiczne z czynnościowemi, uznając je za sprawy jednakie co do tła, a różne co do natężenia.

W przypadku powyższym łopatka odstawała swym brzegiem wewnętrznym w tak dużym stopniu od tułowia, że nasuwało się za pierwszym obejrzeniem podejrzenie porażenia *m. serrati ant. majoris*. Bywają jednak słabe niedowłady tego mięśnia, i wówczas odstawanie łopatki bywa nieznaczne; zresztą mięsień kapturowy według zdania JOLLY'ego może wpłynąć na przy-



Fig. I.

twierdzenie łopatki do tułowia. W tych razach rozpoznanie właściwe byłoby niemożliwe, gdyby owo porażenie nie miało innych jeszcze cech patologicznych. Wszystkie najważniejsze objawy tego cierpienia wybitnie uwydatniły się w innym przypadku poliklinicznym.

Spostrzeżenie II. H. L., kobieta 30 letnia, przybyła do polikliniki 9. XII 1901. Przed 18 miesiącami zraniona została w okolicę ponadobojczykową lewą. Straciła wówczas sporo krwi. Rana została zaszyta i zablizniła się po dniach 10 — 12. Od chwili urazu cała kończyna górna miała być prawie pozbawiona czucia i władzy w ciągu 9 miesięcy. Stopniowo zaburzenia czucia i ruchu miały ustąpić, choć wykonywać ruchów w tej mierze, co przed wypadkiem, po dziś dzień pacjentka nie jest w stanie. U osoby, niezłe zbudowanej i od-

zywianej, widać po nad górnym brzegiem obojczyka lewego, na odległości od niego na jakieś 4 ctm. i równoległe do niego, bliźnię wąską, linią, długości 6 ctm. Mięśnie ramienia lewego ogólnie może nieco słabsze, niż prawego, i siła również może nieco mniejsza. Mięsień kapturowy obustronnie jednaki, dobry. Łopatka lewa odstaje kątem dolnym i brzegiem wewnętrznym od tułowia, tworząc w danym miejscu zagłębienie (Fig. I). Brzeg jej wewnętrzny jest bardziej zbliżony do kręgosłupa, niż takiż brzeg łopatki prawej, od kąta bowiem górnego wewnętrznego łopatki lewej do kręgosłupa odległość wynosi 5,5 ctm., a od dolnego 7 ctm., gdy po prawej te wymiary stanowią 6,5 ctm. i 8,5 ctm. (Fig. I). Brzeg ten jest równoległy do kręgosłupa, gdy łopatka prawa ma tę stronę, idącą zwewnątrz i z góry na zewnątrz i ku dołowi pod kątem do pionu wielkości jakichś 25° (Fig. I) Pozostaje ten brzeg łopatki lewej do kręgosłupa równoległym nawet wówczas, gdy chora unosi ramię lewe



Fig. II.

do linii poziomej (Fig. II). Brzeg łopatki lewej górny znajduje się o 2 ctm. wyżej, niż takiż brzeg prawej. Uniesienie ramienia lewego czynne możliwe jest do utworzenia kąta mniej więcej 150° pomiędzy ramieniem a tułowiem i to nawet przy pewnym dopiero skrzywieniu kręgosłupa, gdy prawa chora unosi do 180° swobodnie bez skrzywienia kręgosłupa (Fig. III). Czucie wydaje się nie zmienionem. Gdy po prawej na bocznej ścianie klatki piersiowej doskonale wyczuć można zęby dolne wielkiego przedniego mięśnia zębatego, po lewej to się nie udaje. W ten sam sposób po prawej można w odnośnej okolicy wywołać należyty skurcz za pomocą prądu elektrycznego, po lewej tego dopiąć niepodobna. W mięśniach ramienia lewego łącznie z kapturowym lewym oddziaływanie elektryczne prawidłowe. Po za tymi objawami chora nie przedstawia nic patologicznego. Żrenice mniej więcej jednakie, średnie, dobrze oddziaływające na światło i przy akomodacji. Ruchy gałek ocznych prawidłowe.

we, jako też ruchy wszelkich innych mięśni. W płucach, sercu, narządach brzucha nie wykryto objawów chorobliwych. Mocz bez białka i cukru.

I. VII. 1902. Chora przybyła w celu poradzenia się w sprawie ruchów ramienia lewego. Objawy, jak powyżej, tylko że uniesienie ramienia lewego może trochę lepsze, bo możliwe do utworzenia kąta 160° pomiędzy tułowiem a ramieniem, jakkolwiek unoszeniu temu towarzyszy skrzywienie kręgosłupa boczne.

W przypadku tym po za odstawianiem brzegu łopatki wewnętrzznego od tułowia było jeszcze kilka objawów wielce znamienych. Brzeg łopatki we-

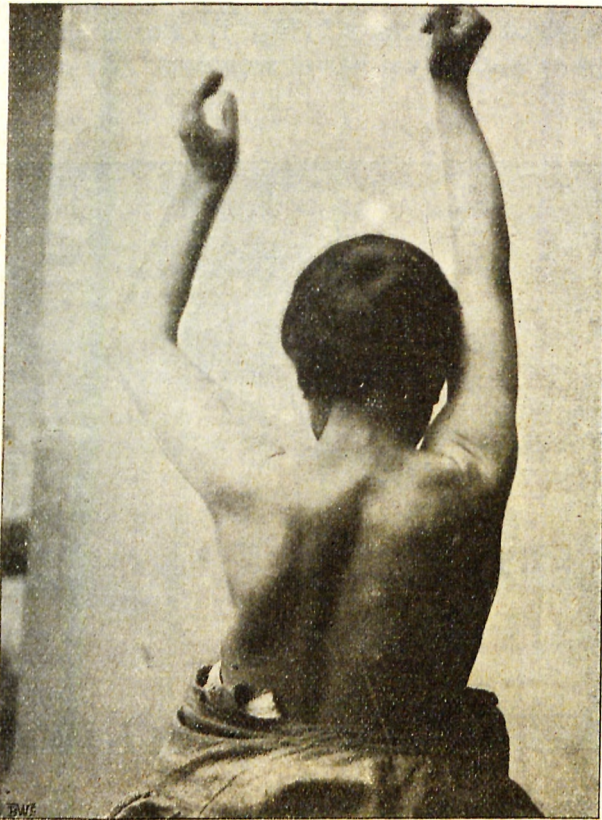


Fig. III.

wewnętrzny po stronie chorej był względnie zbliżony do kręgosłupa, przebiegał do niego równolegle i takim pozostawał nawet przy uniesieniu ramienia odnośnego do poziomu, brzeg jej górny był w stosunku do tegoż brzegu łopatki po stronie zdrowej uniesiony nieco ku górze, wreszcie ruch ramienia ku górze był względnie ograniczony. Wszystkie te objawy łatwo dają się wytłumaczyć w zależności od porażenia mięśnia zębatego. Gdy działanie jego zostaje zniesione, uwidatnia się mocno rola mięśnia skośnoczworobocznego i dźwigacza kąta łopatki ***). Te mięśnie oraz górna część mięśnia kapturo-

***) Mięsień skośnoczworoboczny mniejszy zaczyna się od wyrostka ciernistego ostatniego kręgu szyjowego i więzła karku, a przyczepia się do górnej części brzegu łopatki wewnętrznej, większy zaś do dolnej części tegoż brzegu łopatki, zaczynając się od wyrostków ciernistych pierwszych 4 kręgów grzbietowych. Mięsień, dźwigający kąt łopatki, zaczyna się od kąta górnego wewnętrznej łopatki i za pomocą 4 zębów przyczepia się do pierwszych 4 kręgów szyjowych.

wego w braku przeciwdziałania mięśnia zębatego ciągną łopatkę ku górze i ku wewnątrz. Wobec tego należało się spodziewać, że przy porażeniu mięśnia zębatego znajdziemy łopatkę do kręgosłupa zbliżoną. To też BERGER podaje o zbliżeniu w tych razach łopatki do kręgosłupa. Tak samo przemawiają BÄUMLER, REMAK, BRUNS ¹³⁾, BRODMANN. REMAK ¹⁴⁾ wskazuje, że w jego przypadku brzeg wewnętrzny łopatki stał o 2 ctm. bliżej do kręgosłupa, niż po stronie zdrowej. Obok zbliżenia łopatki do kręgosłupa w razie zupełnego porażenia mięśnia zębatego ma zachodzić jednocześnie lekka jej rotacja, a przez to ukośne położenie brzegu wewnętrznego łopatki. Pozycję tę łatwo zrozumieć. Ciężarem ramienia przy braku przeciwdziałania pociągnięty zostaje kąt łopatki górny zewnętrzny. Po za ciężarem ramienia przyczyniają się do tego mięsień piersiowy mniejszy, mięsień dwugłowy, kurczoramienny, ciągnące wówczas łopatkę ku przodowi. Te dane, teoretycznie jasne, zostały poparte przez wielu badaczy. Według BERGER'a łopaska w tych razach stoi brzegiem grzbietowym ukośnie z góry i zewnątrz ku dołowi i ku wewnątrz, a zewnętrznym bardziej poziomo, niż zazwyczaj. To samo twierdzą GOWERS, STRÜMPPELL, OPPENHEIM, EULENBURG. Takie też położenie ukośne brzegu łopatki wewnętrznego widzimy w przypadku PLACZEK'a, jako też BRODMAN'a oraz v. RAD'a. Pomimo to niema pewności, czy owo ukośne położenie zależy od porażenia mięśnia zębatego. REMAK sądzi, że zachodzi ono tylko w tych przypadkach, w których badanie elektrodyagnostyczne wykryło współdziałanie w cierpieniu części dolnej i średniej mięśnia kapturowego; według BERGER'a jest ono zależne od skurczu wtórnego antagonistów. Czy jest tak, czy inaczej, nie ulega wątpliwości, że nie jest nieodzownym położenie łopatki ukośne.

BRUNS, który utrzymywał uprzednio, że położenie ukośne brzegu łopatki wewnętrznego ma być jedną z głównych cech tego porażenia, wykreśla w pracy późniejszej ¹⁵⁾ zdanie o położeniu ukośnym, jako właściwości nieodzownej tego cierpienia. Według niego ma ono być raczej właściwe porażeniu mięśnia kapturowego. To też REMAK w dyskusji z BRUNS'em, jako też BERNHARDT, mówią o brzegu łopatki wewnętrznym, równoległym do kręgosłupa, BÄUMLER o prawie równoległym. W przypadku poliklinicznym również zachodziło położenie brzegu łopatki wewnętrznego prawie równoległe do kręgosłupa.

Lecz ani równoległość do kręgosłupa brzegu łopatki wewnętrznego nie jest według STEINHAUSEN'a objawem pewnym porażenia mięśnia zębatego, ani ukośne położenie, jak słusznie podnosi BRODMANN, nie jest nieodzowne dla porażenia mięśnia zębatego nie skomplikowanego. Ten lub ów stan brzegu łopatki wewnętrznego zależy zapewne od współdziałania innych mięśni barku, i może istnieją różnice indywidualne w działaniu zastępczem oddzielnych mięśni łopatki.

To też mniej jest pewne dla porażenia mięśnia zębatego położenie brzegu łopatki wewnętrznego, równoległe do kręgosłupa, czy też ukośne, niż zbliżenie łopatki do kręgosłupa. W naszym przypadku brzeg ten był do kręgo-

¹³⁾ BRUNS. Zusatz zu dem Vortrage „Zur Pathologie der isolirten Laehmung des M. serratus ant.“.

¹⁴⁾ REMAK. Berl. klin. Wochenschr. 1893. Nr. 27. Str. 658.

¹⁵⁾ BRUNS. Zusatz zu dem Vortrage „Zur Pathologie... des M. serratus ant.“ i t. d.

słupa zbliżony, i ten fakt mocno rozpoznanie potwierdzał. O ile bowiem nawet odstawanie łopatki od tułowia, wprawdzie w stopniu najczęściej niedużym, może zachodzić również przy porażeniu mięśnia kapturowego, to właśnie powyższe zbliżenie do kręgosłupa sprawę rozstrzyga na korzyść porażenia mięśnia zębatego, gdyż przy cierpieniu mięśnia kapturowego, jak wiadomo już od czasów DUCHENNE'a, łopatka jest od kręgosłupa oddalona.

Musimy też wspomnieć, że porażenie mięśnia zębatego sprowadza przy ramionach opuszczonych pewne uniesienie łopatki ku górze, gdyż w przypadku poliklinicznym było ono bardzo wybitne, różnica wysokości bowiem obu łopatek wynosiła 2 ctm.

O zjawisku tem znajdujemy wzmianki u BERGER'a, BÄUMLER'a, REMAK'a¹⁶⁾, BRODMANN'a, BRUNS'a, a zależy ono od działania mięśni, przyczepiających się do wyrostka kruczego. Z tego punktu widzenia powinno ono być dla cierpienia naszego znamienne, i BRUNS uważa je rzeczywiście za bardziej dla niego charakterystyczne, niż odstawanie wewnętrznego brzegu łopatki.

Te same mięśnie przy stałym przytwierdzeniu łopatki do klatki piersiowej powinny przez pociągnięcie wyrostka kruczego sprowadzić odstawanie od tułowia kąta łopatki dolnego. Ten objaw znamionuje podany powyżej przypadek SEELIGMÜLLER'a; zjawisko to spostrzegali również BERGER oraz BRUNS. Takie odstawanie dolnego kąta łopatki widzujemy u osobników szczupłych, nie dotkniętych żadnem cierpieniem specjalnem mięśni. Dlaczego ono u nich występuje, czy w przypadkach z ogólnie upośledzoną muskulaturą ten mięsień większym ulega zmianom, niż wiele innych mięśni łopatki, trudno powiedzieć. Tak twierdzić zwłaszcza dlatego jest niełatwo, że inne właściwości mięśnia zębatego, daleko bardziej charakterystyczne dla porażenia tego mięśnia, zostają u nich zachowane. Kąt dolny łopatki odstaje również przy cierpieniach mięśnia kapturowego. Może w osłabieniu tego mięśnia raczej szakać należy objaśnienia, czemu u szczupłych odstają dolne kąty łopatek. U osób chudych najczęściej ramiona są obwisłe, jak to właśnie bywa przy osłabionej części górnej mięśnia kapturowego. Przy owem zwieszaniu ramion łopatka jest jednocześnie obrócona dokoła osi poziomej i wówczas kąt jej dolny odstaje. Gdy osoba taka unosi z wysiłkiem niejakiem swe ramiona ku górze, dolne kąty łopatek zbliżają się do tułowia i od niego nie odstają. Naturalnie, u osób szczupłych odstają kąty dolne obu łopatek. Z tego powodu odstawanie kąta dolnego jednej łopatki nie może być rzeczą obojętną. Musi ono nas zastanowić, czy nie zachodzi porażenie mięśnia kapturowego albo też zębatego.

¹⁶⁾ REMAK. Berlin. klin. Wochenschr. 1893. Nr. 27, Str. 658.

KAZUISTYKA.

Przypadek tężca leczony surowicą.

Skroślił

LUDWIK RABEK.

Ordynator Warszawskiego szpitala dla dzieci.

Do Warszawskiego szpitala dla dzieci do oddziału wewnętrznego dnia 8 maja r. b. został przyjęty Maryan G., mający lat 6, zamieszkały przy rodzicach w Targówku, miejscowości, znajdującej się w pobliżu Pragi.

Przed sześcioma dniami został uderzony kamieniem w głowę w lewą skroń. Zaraz w tem miejscu wystąpił guz wielkości śliwki. Po upływie dwóch dni guz ten znikł, a zjawilo się zeszywnienie karku, które wkrótce objęło całe ciało.

Ciepłota ciała 37,2°, tętno 124, oddechanie 20, silne zeszywnienie szyi, tułowia i kończyn. Głowa silnie wygięta ku tyłowi, tułów silnie zgięty i wypukłością zwrócony ku przodowi (*opisthotonus*), kończyny górne zgięte w stawach łokciowych, kończyny dolne wyprostowane, mięśnie brzucha silnie naprężone. Chory bardzo niespokojny, ciągle woła, *risus sardonicus*. Na zewnątrz od lewego ucha na 2 ctm. ku górze i na zewnątrz od końca brwi zdarcie naskórka wielkości grochu polnego, naokoło tego miejsca skóra zabarwiona sinawo. Chory silnie się poci.

Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy przeciwtężcowej, pochodzącej z instytutu PASTEUR'a. Chory otrzymał wannę 30° R., trwającą 10 minut.

9. V. Ciepłota rano 37,3°, wieczorem 37,6°. Tętno 120. Oddechanie 20. Zeszywnienie kończyn bez zmiany. Chory trochę spokojniejszy. W nocy spał dość dobrze, pragnienie duże. Chory dzisiaj nie skarży się na bóle tułowia i kończyn. Ciągle poci się. Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy (2). Druga wanna. Wewnętrznie: Rp. *Chlorali hydrati* 2,0, *Aq. destillatae* 50,0, *Syr. simplicis* 10,0. S. Dwa razy dziennie po łyżce stołowej.

10. V. Ciepłota rano 37,4°, wieczorem 37,7°. Tętno 120. Oddech 20. Noc była niezupełnie dobra; rano chory spokojniejszy, naprężenie mięśni bez zmiany. Dwie wanny (III i IV). Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy (3).

11. V. Ciepłota rano 38,0°, wieczorem 38,2°. Tętno 120. Oddech 20, zeszywnienie tułowia i kończyn bez zmiany, w nocy spał dobrze, po ławatywie obfite wypróżnienia. Dwie wanny (V i VI). Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy (4).

12. V. Ciepłota rano 38,1°, wieczorem 38,3°. Tętno 120. Oddech 20. Stan bez zmiany, noc była niespokojna. Dwie wanny (VII i VIII). Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy (5).

13. V. Ciepłota rano 38,0°, wieczorem 37,7°. Tętno 124. Oddech 20. Zeszywnienie trwa. Dwie wanny (IX i X).

14. V. Ciepłota rano 38,1°, wieczorem 37,6°. Tętno 124 słabe. Oddech 20. Pragnienie znacznie zmniejszyło się, zeszywnienie bez zmiany. Trzy wanny po 28° R. (XI—XIII). Zastrzyknięto 20 ctm. surowicy (6).

15. V. Ciepłota rano 38,6°, wieczorem 38,0. Tętno 120, oddech 20. Chory spał dobrze, naprężenie mięśni ciała jednakowe. Dwie wanny (XIV i XV). Były dwa wypróżnienia.

16. V. Ciepłota rano 38,2^o, wieczorem 38,0^o. Tętno 124, oddech. 20. W nocy spał dobrze, zeszywnienie pozostaje bez zmiany, pragnienie znikło, chory znacznie spokojniejszy, na skórze brzucha rozlane zaczerwienienie. Trzy wanny (XVI—XVIII).

16. V. Chory na usilne żądanie matki wypisany został ze szpitala i zabrany do domu.

Trzeciego dnia po powrocie do domu chory zaczął poruszać rękami. W ciągu dni kilkunastu trwała mocna wysypka, która była usadowiona na całym ciele, a najwięcej na tułowiu. Żadne leczenie nie było prowadzone w domu. Po upływie trzech tygodni po wyjściu ze szpitala chory podniósł się z łóżka i zaczął chodzić.

Chorego widziałem dnia 27 lipca r. b. Stan jego zdrowia był zupełnie dobry.

U chorego użyłem dużej względnie ilości surowicy przeciwtęźcowej (120 ctm. sz.), ponieważ objawy tężca uparcie trzymały się przez cały czas pobytu chorego w szpitalu. Z tego powodu, że przypadek był bardzo ciężki, stosowałem również kąpiele ciepłe i wodan chloralu wewnątrz.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

96. MAINOT. Leczenie zapaleń opłucny i otrzewny pochodzenia gruźliczego za pomocą przemywań wodą gorącą wyjąłową. Odkrycie własności leczniczej laparotomii dla gruźliczego zapalenia otrzewny zawdzięczamy przypadkowi. W roku 1862 SPENCER WELLS przystąpił do cięcia brzuszego, spodziewając się natrafić na guz jajnika: pomylił się jednak w dyagnozie i natrafił na gruźlicze zapalenie otrzewny. Ku wielkiemu zdumieniu operatora chora nie tylko doskonale zniosła operację, lecz wyzdrowiała zupełnie i żyła po tej operacji jeszcze lat 27, czując się zupełnie zdrową.

Z biegiem czasu przypadków podobnych ogłoszono bardzo wiele, tak, że z czasem *ad hoc* stosowano laparotomię w gruźliczych zapal. otrzewny. Dnia 10/X. 1890 r. prof. DEBOVE ogłosił wyniki te w odczycie w Société Médicale des Hôp. w Paryżu. Kładł on główny nacisk na wypłukanie jamy otrzewny po otwarciu jej i przyszedł do wniosku, że cięcie brzuszne przytem jest zbyt ciężkie, a starczy przemyć jamę brzuszną na drodze paracentezy bez cięcia brzuszego, unikając w taki sposób niebezpieczeństwa laparotomii. Dla poparcia swojej propozycji przytoczył on jedno spostrzeżenie tego rodzaju, pomyślnie zakończone. Do przemycia jamy brzusznej użył on nasyconego roztworu kwasu bornego w wodzie sterylizowanej. Sukces tego postępowania naprowadził innych chirurgów na myśl zastosowania do tych przemywań różnych roztworów, antyseptycznie działających: naftolu kamforowanego, sublimatu i t. d. Leczący po za niektórymi wynikami pomyślnymi (RENDU — Société Médicale des Hôpitaux Octobre 1893 — SPILLMANN: Société Médicale des Hôpitaux Juillet 1893) — badania LEGENDRE'a (Société Médicale des Hôpitaux: Octobre 1893) oraz NETTER'a (Société Médicale des Hôpitaux 10 Mai 1895) ujawniły nadzwyczajną wrażliwość otrzewny na owe środki antyseptyczne. CAUBET i BAYLAC w grudniu 1895 r. w odczycie swoim uwydatnili niebezpieczeństwo połączone z wstrzykiwaniem do jamy brzusznej takich silnie działających roztworów, podczas gdy po wstrzykiwaniu po prostu

wody gorącej niema najmniejszej obawy działania toksycznego, a skutek jest ten sam. Używali oni do wstrzykiwań po prostu wody sterylizowanej o ciepłocie podniesionej i osiągnęli wyniki również dobre, stawiając chorego po takiej operacji wśród warunków jaknajlepszych dla wyzdrowienia. Woda, przez nich używana, miała + 46° C. mniej więcej. Lecz dokonywali oni przemycia jamy brzusznej bez laparotomii, a po prostu na drodze nakłucia ścian brzusznych. SIREDEY, nie krytykując sposobu postępowania poszczególnego autorów, wystąpił z wnioskiem, że często bez jakiegokolwiek interwencji następuje samowolne wyleczenie gruźliczego zapalenia otrzewny. RENDU odpowiedział na to, że często rzeczywiście tak bywa, lecz że zwykle gruźl. zapal. otrzewny jest sprawą postępującą, że jest to sprawa, którą należy zwalczać czynnie od pierwszej chwili. Przyjęto zatem sposób leczenia takiego gruźliczego zapalenia otrzewny, jako uprawnomo-niony. Było wtedy logicznem zastosować analogiczne postępowanie w zapale-niach gruźliczych opłucny surowiczo-włóknikowych. W ostatnich czasach szcze-gólnie D-r CASTAIGNE wystąpił w obronie tych poglądów, opierając się na staty-styce doświadczeń własnych z praktyki, on to kładł nacisk na zupełną analogię zapalenia gruźliczego otrzewny z wysiękami gruźliczymi opłucny. Zdaje się, że wyniki autora przemawiają na korzyść jego wniosków. CASTAIGNE przedewszy-stkiem kładzie nacisk na ściśle aseptyczne postępowanie w całym znaczeniu te-go słowa i żąda, aby całego rękoczynu dokonano ze wszelkimi ostrożnościami każdej operacji ważnej, aseptycznie dokonanej. 1) Przy pomocy przyrządu POTAIN'a wypada dokonać aspiracji płynu czyli opróżnienia opłucny. 2) Wstrzy-knięć około jednego litra wody sterylizowanej około 46 do 50° ciepłoty 3) Po dokonaniu wstrzyknięcia płynu dalsze postępowanie zależy od stanu chorego. Jeśli chory dobrze zniósł ten rękoczyn, to lepiej pozostawić płyn wstrzyknięty *in pleura* ponieważ się szybko wsysa. Jeżeli zaś chory ma du-szność, lepiej będzie pozostawić wstrzyknięty płyn *in contactu cum pleura* mniej więcej przez pół godziny, a później wypuścić go; aby zapobiedz wszelkiej suffo-kacyi, wypada płyn wypuszczać bardzo powoli. W czterech przypadkach wy-sięków wielkich sposób ten dał wyniki doskonałe!

(*Le Mois Thérapeutique* 31. Janvier 1902.)

Fr. Neugebauer.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 14 maja r. b.

Inżynier SZRAJBER przedstawił swojego pomysłu „Filtr domowego wyrobu, higieniczny“. W zasadzie jest to przeniesienie sposobu czyszczenia wody ze skały większej, — jaką się posiłkujemy przy zaopatrywaniu w wodę miast, — na mniejszą, czyli domową, t. j. kiedy pragniemy zaopatrzyć w czystą wodę dom. Przyrząd ten, zalewany ciągle, zdolny będzie, przy otwartym kranie, przesączać przy najodpowiedniejszej szybkości, t. j. 4 cale słupa wody w godzinę, 732 kwar-ty wody, czyli garnce 183 na dobę. Kształtem przypomina wiejską stągiewkę, odwrotnie rozszerzoną, górą 2 cale szerszą od dna, wysoką od ziemi na 2 łokcie, z dnem wzniesionem nad podłogą na 1 stopę. Przy słupie zalewu 400 mm. wy-sokim, mierzy on u podstawy w piasku 624, górą zaś 644 mm. Materiał czy-szczący stanowią minerały formacyi wulkanicznej, jak krzemiany, bazalty, sye-

nity i t. p., doskonale oczyszczone, oraz węgiel z drzewa sosnowego, dobrze wytlony, spławiony.

5 cali kamieni grubszych na dnie stągwi urownane ściśle, na tej warstwie
2" " cieńszych " " " " " " " " "
1½" żwiru gruboziarnistego " " " " " " " "
1½" " miążkoziarnistego " " " " " dalej "
2" węgla drzewnego, tłuczonego w kształcie orzecha laskowego i.
5" miążkoziarnistego piasku szczerkowatego, w nurcie rzeki lub jeziora czerpanego, lecz nie mulistego.

Z boku stągwi sterczą na 6 cali po nad sobą dwie rurki żelazne, galwanicznie cynkowane, poziomo, obie opatrzone na końcach w krany czerpalne; jedna z nich osadzona jest nad dnem, druga nad powierzchnią piasku. Kran dolny opatrzone w śrubunek celem zakładania $\frac{3}{4}$ cala grubej kieszki gumowej. Na obu rurkach osadzone są rurki szklane, sięgające górą na 1 cal poniżej pokryw stągwi. Te szklane rurki dają możliwość obserwowania na zewnątrz szybkości przesączu wewnątrz stągwi i regulowania go kranem dolnym. Przez założoną kieszkę gumową, połączoną z dnem balijki — umieszczonej na łokieć po nad stągwią — puszczamy czystą wodę przy czyszczeniu zamulonej powierzchni piasku samotokiem, a poruszoną mulastość grabkami lub mieszadłem, wypuszczamy górnym kranem zmaconą wodę tak długo, dopóki nie spłyną męty, a popłynie woda czysta. Grabki lub mieszadło zanurzamy w piasku na głębokość 1 cala przy órce.

Przyrząd łatwo przenośny, ustawny, może być zewnątrz w porze gorącej okładany suchą gliną, celem otrzymania niskiej temperatury wody oczyszczonej; jest on nie drogi, na wsi lub w miasteczku może kosztować zaledwie kilkanaście rubli. Materiał czyszczący ma wieść darmo. Używany być może skutecznie w gospodarstwie małorolnym, po dworach, plebaniach, w szkołach, gminie, na stacyach kolejowych, po jarmarkach, odpustach, na wycieczkach zbiorowych, w pochodach pątnicznych i t. p., słowem tam, gdzie czystość wody jest podejrzana. Przyrząd ten jest trwały i długie lata służyć może. Projektodawca proponował, aby wydział, skoro uzna, wyjednał u Rady W. T. H. fundusz rb. 50 na stworzenie modelu i przeprowadzenie prób. Wydział uznał się niekompetentnym w tej sprawie, przekazał ją wydziałowi biologicznemu, gdzie wniosek ten upadł i o fundusz do Rady nie wystąpiono.

Posiedzenie z dnia 18 października 1902 r.

D-r T. DUNIN, opierając się na osobistym zetknięciu się z praktyką lekarską wśród włościan w miesiącach letnich ostatnich dwóch lat, przemawiał „w sprawie pomocy lekarskiej dla ludu wiejskiego“. W ostatnich 40 latach parcelacya i rozdrabnianie własności większej zmieniły zupełnie warunki istnienia lekarzy prowincjonalnych: odbierając im dawną praktykę mniej liczną, ale dobrze płatną po dworach, wytworzyły dla nich daleko liczniejszą, ale i daleko gorzej płatną klientelę włościańską. Na razie jest to zmiana dla lekarzy bardzo dotkliwa. Z czasem stosunki ułożą się z korzyścią dla obu stron, i dla lekarzy, i dla chorych włościan. Tymczasem pierwszy krok do rozwiązania tej sprawy muszą zrobić lekarze.

Otóż najważniejszą rzeczą w tej sprawie byłoby udzielanie chorym przez lekarzy nie tylko porady, ale i lekarstwa. Włościanie nasi dziś stanowczo nie mogą opłacać osobno lekarza, osobno zaś aptekarza. Przewyższa to ich środki,

nawet gdyby lekarz najstaranniej się trzymał tak zw. *pharmacopeae pauperum*. Lekarstwa więc powinien wydawać sam lekarz, oczywiście w formie najprostszej: proszków, roztworów, kropeł. Zestawienie cen kilkudziesięciu najczęściej używanych leków, przekonywa, że najdroższe nawet z nich, o ile będą przygotowane przez samego lekarza i wydane we flaszkiach, dostarczonych przez samych chorych, nie będą kosztowały więcej nad 11—13 kop. Zazwyczaj zaś lekarstwo wypadnie daleko taniej. Biorąc więc od chorego o 10 kop. więcej, niż za zwykłą poradę, lekarz może mu dać prócz rady i lekarstwo. W przygotowaniu lekarstw mogłyby pomagać żony i córki lekarzy. Wezwany do chorego, lekarz powinien brać z sobą kilka najczęściej używanych, mianowicie w nagłych wypadkach, leków.

Zjednałoby to lekarzom prowincjonalnym praktykę ludową daleko prędzej, niż wieczne bezowocne narzekania na felczerów i znachorów.

Prelegentowi dziękowano za podniesienie nowego a tak doniosłego punktu w tej sprawie, którą już w wydziale poruszali pp. WĘGLIŃSKI, BRONOWSKI, RAJKOWSKI.

Rozprawy były bardzo ożywione. Z jednej strony zaznaczano trudności, jakie projekt napotkałby w praktyce ze strony aptekarzy, zwłaszcza po wsiach i małych osadach. W walce z aptekarzami lekarze mogliby wyjść bardzo źle. Projekt d-ra D. usuwa wogóle konieczność farmacyi, usuwa przygotowywanie i wydawanie lekarstw z pod kontroli państwowej i lekarskiej, oddając tę pracę żonom lub córkom lekarzy, które nie zawsze potrafią wywiązać się z zadania.

Niektóre apteki prowincjonalne na mocy umowy z lekarzem ustępują uboższemu do 25% od taksy.

Z drugiej strony odpowiadano, że już dziś robotnicy kolejowi i fabryczni otrzymują lekarstwa przy poradzie z aptek kolejowych i fabrycznych. To samo i uboga ludność miast w ambulatoriach bezpłatnych. Dla czegożby nie rozciągnąć tego i na włościan? We Francyi lekarze wszyscy oddawna wydają chorym lekarstwa. Żony i córki lekarzy mogą równie dobrze przygotowywać lekarstwa, jak siostry miłosierdzia w szpitalach. Kontrola lekarska nad wydawaniami z aptek lekarstwami jest żadna. Apteki coraz bardziej tracą charakter laboratoriów chemicznych, a stają się nieledwie sklepami, składami środków, wyrabianych gdzieindziej. Zniknięcie monopolu aptek można już przewidywać i łażować go trudno, skoro chodzi o korzyść ogółu.

Zgodzono się, że projekt powyższy należy poddać dyskusji stron interesowanych, a więc czasopism i tow. farmaceutycznego z jednej, lekarzy i towarzystw lekarskich prowincjonalnych — z drugiej strony. W kwietniu roku przyszłego ma się odbyć w Warszawie zjazd w sprawie higieny prowincyi. Trzeba na nim podnieść i dziś roztrząsaną sprawę i inne pokrewne: sprawę pomocy lekarskiej dla służby dworskiej, sprawę przygotowania do praktyki lekarzy, wyjeżdżających na prowincję, farmakopei ubogich, wreszcie prawnego zabezpieczenia lekarzy przed niedotrzymywaniem zobowiązań przez gminy i kahały przy sprowadzaniu lekarza do danej miejscowości. Do powyższych punktów dodano umożliwienie włościanom korzystania z naszych zdrojowisk.

Odczytano pracę d-ra BIEGAŃSKIEGO: „Kilka uwag o praktyce lekarskiej wśród ludu“ (Czasop. lek. 1900, Nr. 7), napisaną z talentem, a mało znaną lekarzom. B. kładzie nacisk na to, że włościanie utożsamiają chorobę z bólem, stąd usunięcie bólu, środki przeciwbólowe i narkotyczne w praktyce ludowej mają pierwszorzędne znaczenie. Rozpytywać chorego trzeba długo i cierpliwie — po-

zwolnić mu się wywnętrzyć. Wobec oswojenia ludu ze śmiercią i braku obawy przed nią — rokowanie można wypowiadać choremu z całą otwartością. Konieczna jest stanowczość, pewna powaga, życzliwość dla ludu, wnikanie w jego psychologię. Przy uwzględnianiu tych warunków praktyka wśród ludu jest wdzięczna: lekarz może liczyć na wielkie i trwałe zaufanie.

Z IV Zjazdu międzynarodowego ginekologów w Rzymie.

Rozprawy o wskazaniach do sztucznego przerwania ciąży.

M. HOFMEIER (Würzburg). Rozpatrując zapalenie nerek, jako wskazanie do przerwania ciąży, należy ściśle rozróżnić zapalenie nerek przewlekłe, t. j. takie, które powstało przed ciążą, i taką postać zaburzeń czynnościowych nerkowych, która powstała w czasie ciąży lub przez tę ostatnią była spowodowana.

Ciąża powinna być przerwana przy przewlekłym zapaleniu nerek tylko w celu ochrony życia matki, jeżeli cierpienie się wzmacnia pomimo właściwego leczenia.

Przy tak zw. nerce ciężarnych przerwanie sztuczne ciąży jest wskazane ze względu na możliwość wybuchu drgawek porodowych wtedy, kiedy objawy cierpienia się potęgują, pomimo swoistego leczenia dyetetycznego. Przy ostrem zapaleniu nerek w ciąży sztuczne przerwanie ciąży nie jest wskazane ze względu na możliwość pomyślnego zejścia i nieskuteczność wobec groźących drgawek.

E. PINARD (Paryż) dzieli wskazania na dwie grupy. Do pierwszej grupy należą cierpienia, uwarunkowane przez ciążę, a mianowicie: krwotoki, jeżeli tętno przyspiesza się powyżej 100, *hydramnios*, ciąża zaśniadowa, toksemie ciężarnych, jak: nieustające wymioty, białkomocz, drgawki, toksyczne zapalenie nerek. Do drugiej grupy wskazań należą cierpienia, które ulegają pogorszeniu w czasie ciąży, a mianowicie: choroby serca, wtedy każdy przypadek powinien być rozpatrywany sam przez się; zapalenie nerek, jeżeli ilość dobową moczu spada poniżej 800—1000 grm.; zapalenie miedniczek nerkowych przy ciężkich objawach ogólnych; cierpienia dróg oddechowych, a głównie gruźlica płuc, której jednak nie nadaje znaczenia wskazania: „przy gruźlicy cierpienie płuc należy leczyć, a ciążę pielęgnować“.

Wogóle PINARD na 22708 przypadków ciąży przerwał ją sztucznie 20 razy (z wyłączeniem miednic ścieśnionych), przytem 15 razy z zejściem pomyślnem.

G. REIN (Petersburg) dokonał w ciągu 13-letniego pobytu w Kijowie 37 razy sztucznego przerwania ciąży na ogólną liczbę 2690 ciężarnych (1,3%); taka wysoka odsetka może być wytłomaczona tą okolicznością, że większość patologicznych porodów bywa skierowywana do kliniki kijowskiej. Oprócz tego operował jeszcze w 4 przypadkach. Wskazania akuszeryjne były następujące: miednica ścieśniona (25 razy), ciąża zewnątrzmaciczna (2 razy), bliznowate zwężenie pochwy (1 raz), nawykowe zamarcie płodu (1 raz), posocznicowate zapalenie błony śluzowej macicy. Wskazania skutkiem cierpień narządów wewnętrznych były następujące: *nephritis* (6 razy), drgawki (4 razy), choroby serca (1 raz). W tych 11 przypadkach zdołano uratować zaledwie 7 dzieci. Ostateczne wnioski i REIN'a są następujące: przerwanie sztuczne ciąży jest jedną z najsympatyczniejszych i pożytecznych operacji akuszeryjnych; operacja ta daje pomyślne rezultaty dla płodu i matki; najczęstsze wskazania w chorobach wewnętrznych

stanowią cierpienia nerek i serca; operacya ta powinna być częściej dokonywana; przy ciężkich napadach drgawek podczas ciąży, szczególnie u pierwiastek, cięcie cesarskie przy względnem wskazaniu może być wzięte pod uwagę zamiast sztucznego przerwania ciąży.

F. SCHAUTA (Wiedeń) omawia na podstawie 4000 porodów i literatury wszystkie cierpienia wewnętrzne, przy których mogłoby być wskazane sztuczne przerwanie ciąży i przychodzi do następujących wniosków:

W ciężkich postaciach *polyneuritis gravidarum* sztuczny poród przedwczesny, względnie poronienie, jeżeli chodzi o życie matki, jest usprawiedliwiony.

Jeżeli płasawica jest spowodowana przez ciążę, poród wtedy wpływa do tego stopnia zgubnie na przebieg cierpienia, szczególnie w ostatnich miesiącach ciąży, że poród przedwczesny powinien być podejmowany jedynie jako *ultimum refugium*, a mianowicie w przypadkach ciężkich, kiedy przyjmowanie pokarmów staje się niemożliwem lub wystąpią objawy maniakalne. W przypadkach, przebiegających niezbyt ostro, ciąża powinna być przerwana w ciągu pierwszych 8 miesięcy, a nie później, z obawy skrócenia życia matki przez zabieg wyżej wymieniony. W ogólności rozstrzyga przebieg cierpienia w ciągu pierwszych 8-iu dni.

Tylko w ciężkich przypadkach tęcza, co dotąd spostrzegane nie było, można było przerwać ciążę w interesie matki.

Jeżeli skutkiem guza mózgu życie matki należy uważać jako stracone, przedwczesny poród sztucznie winien być wywołany dla zachowania życia płodu. Jeżeli jednak w tych przypadkach rokowanie jest wątpliwe, porodu wywoływać nie należy, ponieważ przy tem życie matki bywa zagrożone.

Przy paraliżu połowicznym tylko wobec występujących objawów agonii, ciąża może być przerwana w celu zachowania życia dziecka. Tylko w przypadkach ciężkich chorób umysłowych i obawy samobójstwa należy przerywać ciążę. Cierpienia mlecza pacierzowego nie nastroczają żadnych wskazań do przerwania ciąży.

Ciężkie przypadki padaczki mogą dać powód do wywołania porodu przedwczesnego.

W histeryi przerwanie ciąży nie wpływa na polepszenie cierpienia.

Ani cierpienia oczu, ani ucha nie dają powodu do przerwania ciąży.

Z chorób skóry, które sprowadzają w ciąży ciężkie cierpienia i które mogą być wyleczone tylko wraz z ukończeniem ciąży i zgodnie z tem mogłyby być wskazaniem dla przerwania ciąży, należy wymienić: *pityriasis versicolor*, *pruritus*, *eczema*, *pemphigus* i t. zw. *herpes gestationis* MILTON'a.

Zapalenie płuc i opłucny jest przeciwwskazaniem dla wzbudzenia bólów porodowych.

W ciężkich przypadkach gruźlicy płuc nie należy się spodziewać poprawy przez wzbudzenie porodu przedwczesnego, wiele natomiast od poronienia sztucznego, we wczesnych miesiącach dokonanego, szczególnie przy gruźlicy krtani.

W przypadkach, łagodnie przebiegających, jeżeli gruźlica podczas ciąży czyni szybkie postępy w rozwoju swoim, przerwanie ciąży nawet w późniejszych miesiącach jest wskazane w celach ochrony zdrowia matki i zachowania życia płodu.

Przy gruźlicy rzadko rodzą się żywe lub zdolne do życia dzieci przy sztucznym porodzie. W przypadkach gruźlicy, nie rokujących żadnej nadziei, wskazane jest przerwanie ciąży w celu zachowania życia dziecka, o ile płód jest zdol-

ny do życia. Tuż przed śmiercią matki nie należy się wiele spodziewać przez wykonanie porodu przedwczesnego dla życia dziecka. Przy gruźlicy prosówkowej należy wykonać poród przedwczesny, o ile dziecko jest zdolne do życia.

Nieżyty płuc, rozedma i dychawica (astma) nie dają żadnych wskazań do przeprowadzenia porodu sztucznego.

Pneumothorax jest przeciwwskazaniem do przerwania ciąży.

Zaledwie $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków wad serca bywa rozpoznawana podczas ciąży. Dobrowolne przerwanie ciąży następuje w 20,2% wad serca, śmiertelność zaś dzieci wynosi 25,5%. Przy właściwym leczeniu większa część chorych odbywa poród bez jakichkolwiek powikłań (95%). Gruźlicę i zapalenie nerek przewlekłe należy zaliczyć do najcięższych powikłań wad serca. Zwężenia zastawki dwudzielnej bywają niebezpieczniejsze, aniżeli pozostałe wady serca. Niepomyślny wpływ ciąży na przebieg wady serca uwidacznia się nadzwyczaj rzadko. Poród wpływa na czynność serca znacznie gorzej, aniżeli ciąża. Przy wyrównanej wadzie serca przerwanie ciąży jest tylko wskazane, jeżeli życie matki było zagrożone poważnie podczas poprzedniej ciąży. Przy zwężeniu zastawki dwudzielnej jednak należy przerywać ciążę już przy niewielkich nawet zaburzeniach wyrównania.

Przy niewyrównanych wadach serca ciąża natychmiast powinna być przerwana, jeżeli zbyt wiele potrzeba czasu, aby wyrównanie wady mogło nastąpić drogą leczenia wewnętrznego. Zwykle należy stosować leczenie wewnętrzne, a ciążę przerywać po nastąpieniu poprawy. Powikłania wad przez przewlekłe zapalenie nerek i gruźlicę wymagają zastosowania energicznego leczenia czynnego.

Jeżeli ślinotok nie ustaje w drugiej połowie ciąży pomimo leczenia zbroczeń narządu rodnego lub braku tychże, a chora uległa wysokiemu wyniszczeniu, wtedy można myśleć o przerwaniu ciąży w celu ocalenia życia matki.

Niebezpieczne dla życia matki krwotoki przy *haematemesis* mogą służyć za wskazanie do porodu przedwczesnego dla ochrony życia płodu. Jednakowoż tego rodzaju przypadki nie są opisane w literaturze.

Przy zapaleniu wyrostka robaczkowego należy operować bez względu na istniejącą ciążę, kiedy ropienie staje się wyraźnym. Nawet przy ciężkich sprawach nieżytowych wskazana jest operacja *appendicitis*. Wzbudzenie porodu przedwczesnego może być zalecane tylko przy nieżytowych zapaleniach wyrostka robaczkowego, przy ropnem natomiast zapaleniu wyrostka robaczkowego przerwanie ciąży jest przeciwwskazane.

Przy ciężkich objawach żółtaczki ciężkiej (*icterus gravis*), a mianowicie wysokiej ciepłocie, zmniejszeniu wątroby, petociach, szczególnie przy objawach nerwowych należy natychmiast przerwać ciążę.

Przy zapaleniu błony otrzewny przerwanie ciąży jest przeciwwskazane ze względu na bliski stosunek zakażonej błony brzusznej do wielkiej powierzchni rany połogowej nawet wtedy, gdyby ciepłota dochodziła wysokich bardzo stopni.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= MIRTO przeniósł niektóre drobnoustroje chorobotwórcze na normalną błonę śluzową pochwy świnek i nie otrzymał żadnego odczynu od pneumokoków, laseczników karbunkułu, gronkowca złocistego i laseczników tyfusu. Natomiast laseczniki błonicy, przeniesione do pochwy nowonarodzonej świnki, powodowały śmierć przez zakażenie. Jeśli przenieść lasecznika karbunkułu nie w hodowli czystej, lecz z krwią lub cząstkami narządów zwierząt, padłych na karbunkuł, to następuje śmierć wskutek zakażenia ogólnego. (Ann. d'igiene sperim. 3. 1902).

= Na zebraniu stow. lek. w Bernie PFLUEGER przedstawił zastosowane u 53 chorych w klinice ocznej usypianie chloroformem podług metody KRONECKER'a, wprowadzonej w pracowni fizyologicznej. Zasada metody polega

na tem, iż pod ciśnieniem wodociągowem dostarcza się choremu dokładnie odmierzoną ilość powietrza, popychanego wodą, oraz powietrza, popychanego chloroformem podczas danego rytmu wdechowego. Zazwyczaj rozpoczyna się narkozę mieszaniną 20^o/_o powietrza chloroformowego i 80^o/_o powietrza czystego, podnosząc nadal do 40^o/_o — 50^o/_o powietrza chloroformowego. W czasie samego przebiegu narkozy wystarcza 10^o/_o, nawet 5^o/_o do utrzymania uśpienia, które odbywa się nader spokojnie. Zalety jego polegają: 1) na tem, że chory wdecha określoną dokładnie ilość chloroformu; 2) że chory musi oddychać mechanicznie; 3) że dzięki małemu spożyciu chloroformu, narkoza przebiega spokojnie, bez podniecenia. (Korr. Bl. f. Schw. Aerz. 15. 1902).

P.

Wiadomości bieżące.

— Pierwszy egipski zjazd lekarski w Kairze. Taki jest urzędowy tytuł zjazdu lekarskiego w Kairze, poświęconego chorobom epidemicznym gorącej sfery, który się ma odbyć w dniach od 19 do 23 grudnia w roku bieżącym.

Zaproszenie na zjazd ten rozesłał do wszystkich państw rząd Kedywa; podobne zaproszenie rozesłał również Komitet organizacyjny do wszystkich lekarzy, interesujących się sprawami epidemiologii. Zjazd odbędzie się pod patronatem Kedywa. Prezesem zjazdu obrany został D-r Ibrahim pasza HASSAN, sekretarzem generalnym — D-r WORO-NOW.

Bliższe jednak szczegóły o programie zajęć dotąd jeszcze nie zostały nadesłane; natomiast liczne towarzystwa podróżnicze lądowe i morskie w rodzaju Cook'a, Stangen'a i t. p. obficie dostarczyły programów jazdy i wycieczek, które, jako w wysokim stopniu interesujące, pociągną zapewne nie małą liczbę chcących wziąć udział. Obniżenie cen za przejazd parostatkami dla człon-

ków zjazdu wynosi 50^o/_o, dla osób towarzyszących im 30^o/_o. Hotele w Kairze obniżyć mają ceny od 20 do 25^o/_o. Niezależnie od samego kongresu, podczas którego mają być zwiedzane osobliwości Kairu, jak: bazyliki arabskie, obelisk Helepolis, uniwersytet, piramidy w Gizeh, muzeum Gizeh, grobowce, cytadela i t. d., czeka uczestników cały szereg wycieczek po Nilu, wycieczka do Teb, grobowców kalifów i mameluków, sfinksa i t. d.

Wspólną podróż członków między innymi organizuje biuro podróżnicze STANGEN'a w Berlinie (ulica Frydrychowska Nr. 72), która ma trwać dni 20 i kilka. Wyjazd z Berlina 9 grudnia, powrót 1 stycznia 1903 r. Cena 1250 marek.

— Wyszedł z druku Kalendarz dla lekarzy-praktyków, opracowany przez D-ra A. FRUCHTMANA, wraz z notatnikiem na rok cały.

— Wyszedł z druku „Zbiór prac z oddziału chorób wewnętrznych, prowadzonego w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie przez d-r med. Władysława JANOWSKIEGO. [Pierwsze pięciolecie (1897—1901)].

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA**
Własność rządowa francuska

Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisując użycie Wód.

VICHY CÉLESTINS Słabości żołądka, pęcherza,

dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Słabości wątroby i organów żółci wydzielających.

VICHY HOPITAL Słabości żołądka i kiszek.

Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej z wód.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Wydające w jednej chwili wodę alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

Sanatorium, dla chorych piersiowych W ZAKOPANEM

pod kierunkiem D-ra Kazimierza Dłuskiego

1050 m. nad poziom. morza. Wszystkie pokoje i obszerna leżalnia zwrócone na południe. Oświetlenie elektryczne. Ogrzewanie centralne. Kanalizacja. Windy. Kąpiele. Natryski. Pralnia parowa i dezynfekcja. Poczta, telegraf i telefon w Zakładzie. Własne powozy na zamówienie.

Prospekty na żądanie franko.

Przyjmuje się chorych od 1 Listopada 1902 r.

Adres: Dr Kazimierz Dłuski. Zakopane.

Szklą Izometropowe

Mniej facygujące oczy, bezbarwniejsze i bardziej przejrzyste od innych. Przez nie widzi się wyraźniej i dokładniej.

Mikroskopy Hartnacka.**Daszki Hygieniczne na Lampę**

ochraniająco oczy i głowę od światła i ciepła lampy, od 75 k.

Nowość. Najlepsze lampki elektryczne kieszonkowe i stołowe oryginalne amerykańskie „EVER READY“ dla PP. lekarzy, w wielkim wyborze.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo Polskie w Magazynie Optycznym

G. GERLACHA

w Warszawie (Czysta 4). Prospekty bezpłatnie.

H. KUCHARZEWSKI

Apteka, Miodowa 4.

TLEN. Ekspedycja tlenu na balony.

Kompletne aparaty do wywiązywania tlenu.

Wysyłka na prowincję.