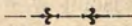


GAZETA LEKARSKA.

I. ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY LITTLE'A.

Napisał

Wacław Łapiński.



Różnorodne zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u dzieci [bezwład, sztywność ogólna lub częściowa, atetoz, płasawica i t. d.] stanowią dzisiaj jeden wspólny dział neuropatologii. Prace licznych badaczy, a przede wszystkim FREUD'a, stworzyły z szeregu wyodrębnianych dotychczas postaci chorobowych jedną wielką grupę nozologiczną.

Pod względem etyologicznym, a więc podług okresu powstawania zaburzeń, dzielą omawianą tutaj grupę chorobową na trzy działy: do 1-go zaliczają zaburzenia, powstałe w czasie życia płodowego, do 2-go—zaburzenia, powstałe podczas porodu, wreszcie do 3-go te upośledzenia czynnościowe, które powstają po porodzie.

Pod względem zaś klinicznym należy odróżniać zaburzenia połowiczne (*hemiplegiae*) od obustronnych (*diplegiae*). FREUD wyróżnia z grupy zaburzeń dyplegicznych 4 główne typy: 1-o, sztywność ogólną [choroba LITTLE'a], 2-o, sztywność paraplegiczną, 3-o, hemiplegię obustronną, wreszcie 4-o, ogólną płasawicę oraz atetozę obustronną.

Z wymienionych dopiero co typów klinicznych uwagę naszą zajmują tutaj dwa pierwsze, t. j. sztywność ogólna oraz sztywność paraplegiczna. Obie te postaci, zbadane i opisane w połowie bieżącego stulecia przez LITTLE'a, różnią się jedynie stopniem natężenia poszczególnych objawów.

Bezsilność dotychczasowych zabiegów leczniczych skłoniła dwóch chirurgów LORENZ'a i HOFFĘ do zajęcia się stroną leczniczą cierpienia; jakoż dzięki ich usiłowaniom lekarz nie staje już dzisiaj z założonemi rękami wobec odnośnych chorych i poszczycić się może często wynikami wcale zadawalającymi.

Poniżej postaram się przypomnieć obraz kliniczny choroby, skreślić plan jej leczenia, opracowany przez LORENZ'a ¹⁾ i HOFFĘ ²⁾, wreszcie przytoczyć

¹⁾ A. LORENZ. Über die chirurgische Behandlung der angeborenen spastischen Gliederstarre. Wiener klinische Rundschau. 1897. Nr. 21—25 i 27.

²⁾ A. HOFFA. Ueber die angeborene spastische Gliederstarre und ihre Behandlung. Münchener medic. Wochenschrift. 1898. Nr. 15.

w krótkości parę historyi chorób z pośród przypadków, spostrzeganych przeze mnie na klinice HOFFY w Würzburgu.

Cechą charakterystyczną choroby LITTLE'a jest skurcz pewnych grup mięśni kończyn, zwłaszcza dolnych, niekiedy zaś mięśni tułowia i twarzy. Skurcz ów dotyczy grup mięśni ksobnych oraz zginaczy i występuje najwybitniej w mięśniach łydkowych i ksobnych uda, a następnie w zginaczach goleni. Kończyny dolne przybierają zatem zwykle położenie ksobne i są zgięte w stawach kolanowych; ustawienie stóp bywa rozmaite; najczęściej spotykamy stopy końsko-szpotaawe lub czysto końskie.

Podczas wykonywania ruchów, tak czynnych, jak i biernych, mięśnie stają się sztywne i twarde, natomiast jeśli się znajdują w stanie spokoju, nie różnią się co do napięcia od normalnych.

W następstwie przewagi rzeczonych wyżej grup mięśni, dotkniętych skurczem, nad ich antagonistami powstają stałe i niekiedy nader wybitne przykurczenia w stawach kończyn, najczęściej w kolanowych, najrzadziej w biodrowych. W przypadkach ciężkich zachodzić może w stawach biodrowych nadmierne skrócenie kończyn ku wewnątrz (*rotatio interna*) z niezupełnem zwichnieniem (*subluxatio*) ku tyłowi; wówczas ruchy goleni odbywają się niemal w kierunku osi czołowej, t. j. z wewnątrz ku zewnątrz, zamiast od przodu do tyłu.

Według świeżo ogłoszonych spostrzeżeń SCHULTESS'a ¹⁾ na szczególną zasługuje uwagę wygląd stawów kolanowych u chorych, dotkniętych sztywnością. Jeśli zgiąć pod kątem ostrym kolano człowieka zdrowego, to najbardziej wydatny punkt okolicy stawu tworzą: kłykieć wewnętrzny kości udowej i górna część rzepki; u chorych zaś na chorobę LITTLE'a znajduje się, w tych samych warunkach, na szczycie stawu mniej więcej środek rzepki; ztąd zarysy kolana przybierają niezwykle ostry wygląd. Objaw ten zależy, zdaniem SCHULTESS'a, od wydłużenia się więzów rzepkowego (*lig. patellae*) i jest patognomoniczny dla choroby LITTLE'a.

Akt chodzenia nastęrcza omawianym tutaj chorym niesłychane trudności. Chodzenie jest możliwe jedynie z pomocą osób trzecich, dwóch kijów lub kul. Chory wykonywa kroki krótkie, niepewne i włóczy zwykle końcem palców po ziemi; kolana strychają się wzajemnie, a nawet krzyżują; chory więc wyteżca całą swą uwagę i często wykonywa jeszcze ruchy tułowiem oraz wymachuje rękami; chodzenie po schodach jest w większości przypadków zupełnie niemożliwe.

Kończyny górne są niekiedy zupełnie wolne od wszelkich zaburzeń ruchowych, a nigdy nie są tak srodze dotknięte, jak dolne. Dotknięta cierpieniem kończyna górna zwykle przylega ramieniem do tułowia, jest zgięta w stawie łokciowym, ręka zaś przybiera położenie nawrotne.

Do rzędu spotykanych jeszcze objawów należą: zajęcie mięśni tułowia,

¹⁾ W. SCHULTESS. Zur Pathologie und Therapie der spastischen Gliederstarre [Cerebrale Diplegie, FREUD]. Zeitschr. für Orthopädische Chirurgie. 1898. Bd. VI. Heft. 1.

karku i twarzy [nieruchomy jej wyraz], zez, bieganie oczów, zboczenia mowy i t. p..

Władze umysłowe w większości przypadków nie są upośledzone; zdarzają się wszakże przypadki mniejszego lub większego ich osłabienia, a nawet idiotyzmu.

Czucie, pobudliwość elektryczna oraz odżywianie i siła mięśni zmian chorobowych nie przedstawiają; odruchy natomiast są znacznie wzmożone.

Rokowania do rzędu pomyślnych zaliczyć nie można, aczkolwiek spostrzegano znaczne nawet polepszenia samoistne.

Dzięki poszukiwaniom LITTLE'a uznać należy zależność omawianej tutaj postaci chorobowej od przedwczesnego lub też ciężkiego porodu BRISSAUD ¹⁾ nazywa chorobę LITTLE'a tę jedynie postacią chorobową, której etyologia wykazuje poród przedwczesny. Według FEER'a, te przypadki choroby, w których brak objawów mózgowych [upośledzenie inteligencji, płasawica, drgawki], powstają u dzieci urodzonych przedwcześnie, przypadki zaś, którym towarzyszą owe objawy, złożyć należy na karb porodów ciężkich.

U dzieci urodzonych przedwcześnie układ nerwowy nie jest jeszcze dostatecznie rozwinięty; zachodzić mogą bądź braki mózgu (*porencephalia*), bądź też niedorozwój poszczególnych okolic (*agenesis*): w obu razach upośledzenie rozwojowe dotyczy zwykle ośrodków ruchowych kory. Przewaga zaburzeń ruchowych po stronie kończyn dolnych zależy, zdaniem BRISSAUD'a (*l. c.*), od wolniejszego krążenia krwi, jakie zachodzi stale [SOUQUES i CHARCOT] w ośrodkach ruchowych tych kończyn (*lobulus paracentralis*); ta słabiej odżywiana część kory mózgowej rozwija się ostatecznie dopiero pod koniec życia płodowego i u dzieci, urodzonych przedwcześnie, nie posiada dostatecznej sprawności.

W następstwie ciężkich porodów asfyktycznych spotykano krwotoki z żył w przestrzeń podpajęczą [VIRCHOW, KUNDRAT]; rozdarcie żył wskutek przesuwania się kości ciemieniowych zachodzi w miejscu, gdzie żyły te, wychodząc z opony miękkiej, wlewają się do zatoki podłużnej opony twardej.

Ośrodki ruchowe kończyny dolnej, jako znajdujące się na najwyższym punkcie stropu mózgowia, doznają największego ucisku; te dane anatomo-patologiczne tłumaczą jasno przewagę zaburzeń, jaka dotyczy kończyn dolnych.

Powstawanie objawów omawianego tutaj cierpienia objaśnić się daje w sposób następujący [FREUD]. Przewodnictwo ruchowe od mózgu do mięśnia odbywa się, jak wiadomo, za pośrednictwem dwóch neuronów. Jeden idzie od kory mózgowej przez pęczki piramidalne do komórek zwojowych przednich rogów istoty szarej rdzenia, drugi idzie z komórek owych przez nerwy obwodowe do mięśnia; neuron obwodowy powoduje czynność odruchową, ruch natomiast dowolny zależy już od działalności neuronu ośrodkowego i jego wpływu

¹⁾ BRISSAUD. *Maladie de LITTLE et tabes spasmodique*. La Semaine Médicale. 1894. Nr. 12.

na obwodowy: neuron ośrodkowy działa regulująco, a raczej hamująco na odruchy.

Ztąd wynika, że we wszystkich tych przypadkach, w których czynność neuronu ośrodkowego zostaje zniesiona lub osłabiona, wzrasta odpowiednio czynność odruchowa.

Upośledzenie, a nie zniesienie zupełne czynności dowolnej u chorych, dotkniętych chorobą LITTLE'a, dowodzi, że w chorobie tej czynność neuronu ośrodkowego nie zanikła, lecz uległa pewnemu osłabieniu, którego stopień podlega dość znacznym wahaniom. Innemi słowy, mamy tu do czynienia z zachwianą równowagą pomiędzy innerwacją mózgową i innerwacją rdzeniową mięśni.

Fakt powyższy jest drogowskazem naszych zabiegów leczniczych: jasnym jest, że starać się należy o możliwe pobudzenie energii neuronu korowo-ruchowego i osłabienie funkcji neuronu obwodowego, że należy pracować nad przywróceniem upośledzonej równowagi mięśni kończyn. Pierwszem zatem zadaniem lekarza być winna dążność do wzmocnienia mięśni odsiebnych i wyprostnych i osłabienia, inaczej zwolnienia napięcia mięśni ksobnych i zginaczy.

Wskazaniom powyższym czynią zadość odnośne zabiegi mechaniczne, chirurgiczne oraz systematyczna nauka chodzenia.

W celu wzmocnienia mięśni [odsiebnych i wyprostnych] stosować należy mięsienie, które polega na gładzeniu (*effleurage*), a zwłaszcza dokładnem gniecieniu (*petrissage*) mięśni. Szczególną wszakże należy zwracać uwagę na staranne wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych. HOFFA rozpoczyna od ruchów biernych, z kolei przechodzi do ruchów czynnych, wreszcie stosuje ruchy połączone, czyli ruchy z oporem. Na klinice HOFFY zabiegi te stosują w sposób następujący.

Staw skokowy. Kończyna winna być wyprostowana w stawie kolanowym; lekarz trzyma za goleń tuż powyżej kostek, chory zaś wykonywa stopą ruchy zgięcia podszwowego oraz grzbietowego, ruchy ksobne i odsiebne, nawrotne i wywrotne, wreszcie obrotowe [naokoło palca lekarza] ku wewnątrz i ku zewnątrz.

Staw kolanowy. Chory siedzi, ma unieruchomione udo powyżej kolana, zgina i prostuje kończynę w stawie kolanowym, zatrzymuje ją czas pewien w położeniu wyprostnem; podczas wykonywania ruchu wyprostnego lekarz daje pewien opór, zlekka naciskając dłońią na przednią powierzchnię dolnej części goleni.

Staw biodrowy. Chory, leżąc nawznak: 1) zgina kończynę w stawie biodrowym i kolanowym, następnie prostuje ją w kolanie, zatrzymuje czas pewien w tem położeniu i zwolna opuszcza; 2) unosi tułów do kąta prostego, nie ruszając kończyn dolnych; 3) wykonywa ruchy odsiebne obu kończynami, lekarz zaś zlekka opiera się temu ruchowi, trzymając dłonie w okolicy kostek zewnętrznych kończyn chorego; 4) wykonywa ruch odsiebny jedną kończyną, lekarz zaś trzyma drugą nieruchomo [ćwiczenie to jest nieco trudniejsze od poprzedniego]; 5) wykonywa ruchy obrotowe jedną albo też dwiema kończynami w kierunku dośrodkowym i odśrodkowym naokoło rąk lekarza. II. Chory

leży na boku; lekarz unieruchamia miednicę, w tym celu opiera dłoń poniżej kolca biodrowego, a w razie potrzeby trzyma drugą dłonią spojenie łonowe, chory zaś kończyną, zwróconą ku górze, wykonywa w stawie biodrowym ruch odsiebny i zatrzymuje ją czas pewien w powietrzu. Chory często mimowoli ułatwia sobie to ćwiczenie, wykonywając jednocześnie ruch zginania w stawie biodrowym; błędu takiego należy unikać.

Ćwiczenia te chory powinien wykonywać wolno, możliwie równo, unikając ruchów gwałtownych. Każde z wymienionych ćwiczeń należy powtarzać razy kilka do dziesięciu.

Znakomitą usługę oddaje również ćwiczenie się na przyrządach wahadłowych KRUKENBERG'a ¹⁾. Zaleta tych przyrządów polega na tem, że wyzwole nie nawet nader nieznacznej siły mięśni, zarządzających ruchami danego stawu, sprowadza obszerne ruchy w stawie; chory bowiem, wykonywając choćby naj-słabsze ruchy, uruchamia przyrząd wahadłowy, który działa już dalej i powoduje obszerne ruchy bierne w stawie. Tym sposobem wzmagają się znakomicie działalność, a więc i odżywianie upośledzonych czynnościowo grup mięśni.

[D. n.]

II. RUMIEŃ LOMBARDZKI.

(MAIDYZM-PELLAGRA).

Wykład, miany na Zjeździe ziemskich lekarzy i przedstawicieli Ziemstw gubernii Bessarabskiej
d. 23 marca 1897 roku w Kiszyniewie

Przez

D-ra Władysława Kossakowskiego,

dyrektora gubernialnej ziemskiej lecznicy i kolonii rolniczej dla obłąkanych w Kostiużanach.

— † — † — † —
[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 7].

Spostrzeżenie II. Daniel Łu-ka, w wieku lat 40, małorus, włościanin ze wsi Komorowo, gminy Romankonekiej, powiatu Chocimskiego, żonaty, miał troje dzieci, dwóch chłopców i jedną córeczkę, wstąpił do zakładu 8 czerwca 1893 r. i umarł 6-go sierpnia tegoż roku.

Z wywiadów okazało się, iż obłąkanie zjawiało się w marcu r. b. w postaci obłądu halucynacyjnego z przygnębieniem i od czasu do czasu powstającymi napadami furii. O ile można wywnioskować z wywiadów, pacjent po raz pierwszy zachorował na rumień lombardzki wiosną r. b.. Wkrótce rozwinęła się ciężka choroba rdzenia kręgowego, do której przyłączyło się obłąkanie. Chory syfilisu nie przenosił, trunków nie nadużywał i wogóle żadną ciężką chorobę nie cierpiał. Miał charakter spokojny i prowadził ciche, skromne życie zwykłego, średnio-zamożnego kmiecia.

¹⁾ H. KRUKENBERG. Die Behandlung von Gelenksteifigkeiten mittelst meiner Pendelapparate. Deutsch. med. Wochenschr. 1893. Nr. 52.

Przywieziony wieczorem z dworca kolei nie mógł zwlec się o własnych siłach do sali i przeniesiono go na noszach. Całą noc oczu nie zmrużył, zachowywał się jednak spokojnie, pomimo zupełnego braku przytomności. Na drugi dzień stan ten w niczem się nie zmienił: chory był osłabiony, tętno miał 90 na minutę, małe i miękkie, kończyny sztywne, zlekka w stawach łokciowych i kolanowych przykurczone.

Pacjent wykonywał ruchy źle skojarzone, pragnął wstać z łóżka, oglądał się z przerażeniem na wszystkie strony i szeptał coś niewyraźnie. Jadł łapczywie, łykał z trudnością. Wypróżnienia oddawał dość często bezwiednie. Badanie fizykalne dało następujące wyniki: wzrost wysoki, budowa ciała prawidłowa, straszne wyniszczenie, błony śluzowe dostępne badaniu zupełnie blade, silne drżenie rąk; chory nie może utrzymać się na nogach wskutek ogólnego osłabienia, zaników mięśniowych i sztywności zginaczy, które w stawach kolanowych, biodrowych i łokciowych dosięgają stopnia przykurczeń. Wogóle mięśnie znacznie zanikłe, szczególnie wyprostne. Tętno 90 na minutę, słabe, drobne i miękkie. Głowa mała, w obwodzie 52,0 ctm., w wymiarze podłużnym 17,0 ctm., poprzecznym 15,0. Włosy jasno-blond, bardzo rzadkie. Porost włosów na wąsach i brodzie mizerny. Fałdy noso-wargowe niewyraźne. Żrenice, jednakowej wielkości, dają odczyn prawidłowy na światło i akomodację. Zauważyć się daje drżenie włókienkowe języka w postaci falowania; powierzchnia jego obłożona i pobródźdżona w rozmaitych kierunkach; na wardze dolnej ropiejące nadżarcia, niektóre pokryte strupami, gdzieśgdzie głębokie pęknięcia, na zębach gruba warstwa kamienia winnego. W mięśniach licowych przebiega włókienkowe drżenie. Czucie skóry na ból osłabione [innych rodzajów czucia niepodobna było określić]. Odruch brzuszny zachowany. Odruchu na *cremaster* otrzymać nie można, odruch podeszwy osłabiony. Odruchy nadkostne, ścięgniste, a w szczególności rzepkowe znacznie podniesione, odruchu stopowego nie otrzymuje się. Mechaniczna pobudliwość mięśniowa silnie wzmożona, brzuch przy ucisku bolesny. Przy osłuchiwaniu płuc: oddech osłabiony, w dolnych, tylnych częściach nieobfite trzeszczenia. Tętno serca głuche. Przy rozbiórce moczu, którego odczyn okazał się kwaśnym, a ciężar właściwy 1016, zmian patologicznych nie odnaleziono, ani za pomocą odczynników chemicznych, ani też za pomocą drobnowidzowego badania.

Zmiany rumieniowe na skórze zajmowały grzbietowe powierzchnie rąk i dolnych 3-ich części przedramion i polegały na rozroście naskórka, na brunatnem zabarwieniu jego, jak również na łuszczeniu się w postaci dość dużej łuski. Sprawa łuszczenia się nie wszędzie była wyrażoną w jednakowym stopniu; w środkowych częściach powierzchni miała się ku końcowi, i tutaj zaczerwieniona skóra była pokryta cienkim, jakby napudrowanym naskórkiem. Na grzbietowych powierzchniach stóp zmian żadnych nie było. Chory na zwykajne zapytania dawał odpowiedzi mniej więcej prawidłowe, uskarżał się na bóle głowy, zawroty, bóle kręgosłupa i kończyn dolnych, najczęściej jednak mówił bez związku i oczywiście znajdował się pod wpływem obawy i przerażających omamów zmysłowych.

Przebieg choroby. Choroba przebiegała pod postacią zupełnego zamieszania zmysłów, bardzo ciężkiego postępowego cierpienia rdzenia i niezłytu żołądka i kiszek. Cierpienie rdzenia kręgowego polegało na niedowładzie kończyn dolnych, tężcowych drgawkach, które występowały peryodycznie, wy-



Daniel Łu-ka, w wieku lat 40.

wołując przykurczenia w stawach kolanowych, biodrowych i łokciowych. Chwilowo słabły one, przechodząc w sztywność, przy której można było wykonywać ruchy bierne, a niekiedy tylko — i to na krótki czas — mięśnie powracały do stanu normalnego.

Od 22 lipca, t. j. po półtoramiesięcznym pobycie pacjenta w zakładzie, przeszły one w stałe. Do stałych zjawisk należy też zaliczyć drgania włókienkowe w mięśniach licowych, drżenie kończyn i szybko się zwiększające zaniki mięśniowe, które osiągały najwyższego stopnia w mięśniach łydkowych, głównie przednich, wywoławszy zupełne porażenie w zakresie nerwu strzałkowego (*n. peronei*). Biegunka trwała od dnia wstąpienia chorego do zakładu aż do 18 czerwca: ilość wypróżnień dziennych wahała się między 3-ma i 4-ma. Wypróżnienia chorey stale oddawał pod siebie i bezwiednie. Tętno było bardzo częste wskutek osłabionej do wysokiego stopnia działalności serca, wymagającej wstrzykiwań podskórnych eteru z kamforą. Od 18 czerwca do 3 lipca wypróżnienia były co do częstości prawidłowe, a od 3-go do 25 lipca znowu trwała biegunka: obfite, wodniste wypróżnienia chorey oddawał bezwiednie pod siebie od 3—8 razy na dobę. Około 25 lipca rozwolnienie, wyniszczający strasznie chorego, ustąpiło pod wpływem środków ściągających, uspokajających i dezynfekujących i odtąd nie powróciło aż do jego śmierci.

W czasie pobytu w zakładzie pacjent miał łaknienie chorobowo wzmożone. Mowa, w początkach niewyraźna, przeszła w paplanie, a połykanie w końcu stało się znacznie utrudnionem. W okolicach kości krzyżowej i obu dużych krętarzy potworzyły się suche, zgorzelinowe odleżyny. Sen przez cały czas był dostateczny, rzadko niespokojny. Wogóle pacjent czynił na pierwszy rzut oka wrażenie chorego na tyfus. Umarł wśród zjawisk ogólnego postępującego wyniszczenia i nieomagi sercowej.

Chory, leżąc w łóżku w drgawkach tępcowych, lub też wolny od nich, z trwogą i przerażeniem oglądał się w okół, rozmachiwał rękoma, lub łowił coś w powietrzu, skręcał prześcieradło i kołdrę, czasem gestykulował, jakby bronił się od napaści, wymawiając niezrozumiałe wyrazy. Niekiedy, wołał z całej siły: „Dniestr wylał, woda zrywa mosty i domy; ludzie! kto w Boga wierzy, ratujcie!“ Innym razem z równym przerażeniem krzyczał, iż leci w przepaść, umiera i t. p.. Na pytanie odpowiadał bez związku, wymawiając niewyraźnie. Kiedy biegunka około 18 czerwca ustąpiła, chorey nieco się wzmoenił, zaczął odpowiadać na zwyczajne pytania i uskarżać się na uczucie ogólnego osłabienia, na bóle głowy, zawroty, bóle kończyn dolnych i bóle w dołku; odpowiadał urywkowo, każdy wyraz kilkakrotnie powtarzał, zatrzymując się czasami w połowie wyrazu. Zaczął się przewracać na łóżku sam bez obcej pomocy, zrobił się o wiele spokojniejszym, jakby półsensnym; sztywność mięśniowa znacznie się zmniejszyła i drgawki rzadko występowały.

Polepszenie trwało krótko: już 3-go lipca znowu zjawiała się biegunka i ogólny stan się pogorszył, tępcowe drgawki występowały dosyć rzadko, zauważyć się dawała lekka sztywność mięśni, która 10 lipca zupełnie znikła. Na drugi wszakże dzień znowu się zjawiała w kończynach górnych, po kilku dniach i w dolnych, a 22-go, jak wspomniałem wyżej, przykurczenia przeszły w stałe. Przerażające przywidzenia i złudzenia niepokoiły nieszczęśliwego, który z wyrazem trwogi wypowiadał zaledwie zrozumiałe: „woda, ratujcie, nie mogę, Heleno, Stefanie, chodźcie tutaj!“ Następnie wystąpiła śpiączka; w mię-

śniach licowych i innych przebiegało stale włóknikowe drżenie; czasami występowały przymusowe ruchy żucia;

Dnia 6 sierpnia tętno prawie niewymagalne, nitkowate [stale stoso-



M. Cz..., wieku lat 42. Patrz Nr. 7, spostrzeżenie I.

wano eter w wstrzykiwaniach podskórnych]; oddech przyśpieszony, twarz i kończyny dolne obrzękłe; wzmiankowane przykurczenia pod dosyć tępym kątem; stopy paralitycznie zwieszone; przy próbach wykonywania ruchów biernych wyprostnych chory wydaje jęki; odruchy nadkostne, ścięgniaste i rzepkowe niezmiernie podniesione. Mechaniczna mięśniowa pobudliwość do wysokiego

stopnia wzmożona: najłżejsze uderzenie młotkiem wypukowym po mięśniu wywołuje wyraźne na nim wzniesienie.

Chory umarł o 8 $\frac{1}{2}$ wieczorem.

Oględziny pośmiertne wykonałem na drugi dzień, t. j. 7-go sierpnia; dały one wyniki następujące:

Trup bardzo wyniszczony, na skórze w okolicy wielkich krętarzy zgorzelinowe, suche odleżyny, wielkości dłoni; w okolicy grzebieni kości łydkowych pokryte strupami podłużne ekskoryacje nieznacznych rozmiarów, na łokciach także same.

Kości stropu czaszki stwardniałe, przeświecające, lekkie, istota gąbczasta mało rozwinięta.

Opłona twarda zgrubiała, nieprzezroczysta, wypełniona nieznaczną ilością płynu.

Opony miękkie nieco obrzękłe, mętnego koloru, bardzo łatwo oddzielające się od mózgu.

Mózg błyszczący, małokrwisty. Rozgraniczenie istoty szarej od białej mało odznaczone. Komory mózgowe, wzgórek wzrokowy i ciało prążkowane nie wyraźnie nieprawidłowego nie przedstawiają. Tętnice podstawy mózgu stwardniałe, kręte.

Płuca nieco przyrośnięte do żeber, w rozmiarach swych powiększone, w dolnych zrazach konsystencji ciastowatej, w górnych rozedmowe. Z powierzchni przekroju dolnych zrazów wydziela się płyn pienisty; miescami tkanka ciemno-czerwonej barwy, bardzo krucha, przy ucisku wydaje takiż płyn.

Oskrzela zawierają także płyn pienisty, ich błona śluzowa pokryta poprzecznymi i podłużnymi fałdami, silnie nastrzyknięta, w lewym górnym zrazie płuc u przednio-dolnego brzegu znajduje się napełniona ropą jama, wielkości orzecha włoskiego, połączona z oskrzelem.

Gruzoły oskrzelowe twarde, powiększone i silnie na ciemno zabarwione.

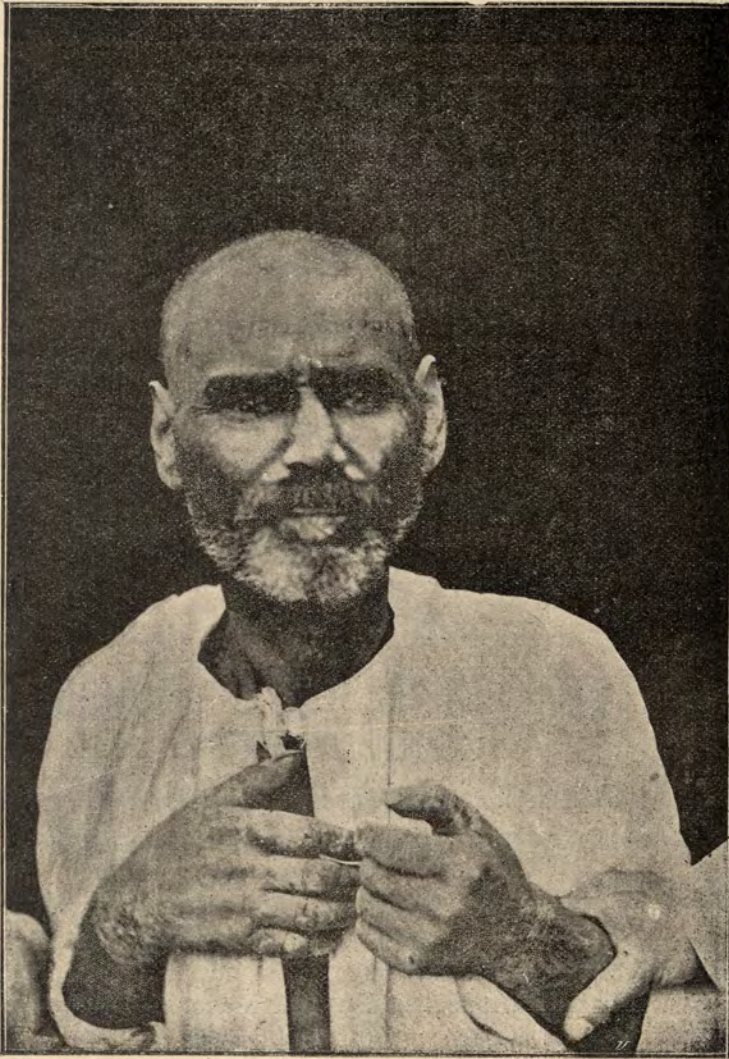
Serce. Rozmiary prawidłowe. Powierzchnia pokryta nieznaczną warstwą śluzowo-zwyrodniałego tłuszczu. Serce dosyć twarde przy przekroju, mięśnie koloru burego. Ściany prawej komórki zgrubiałe, sama komórka wypełniona białymi skrzepami, przyrząd zastawkowy zboczeń nie przedstawia. Wsierdzie w przedścionkach mleczno-białej barwy, aorta wązka, tętnice wieńcowe stwardniałe i kręte.

Śledziona powiększona, pokryta zlekka przezroczystą otoczką; powierzchnia przekroju ciemno-czerwonej barwy, miąższ bardzo łatwo i obficie daje się zeszkrobywać.

Wątroba wielkości prawidłowej, konsystencji ciastowatej, łatwo daje się krajać, powierzchnia przekroju gładka, ciemno-czerwona, tkanka znacznie przekrwiona. Budowa zrazikowa niewyraźna.

Nerki małe, otoczkę z obu nerek zdejmuje się z pewną trudnością, brodawki w stanie zaniku, naokoło miedniczek dużo tkanki tłuszczowej, warstwa korowa zcieńczała.

Przewód żołądkowo-kiszkowy. Błona śluzowa małowista, pokryta grubą warstwą śluzu, obrzękła, faldy na całej przestrzeni prawidłowo rozwinięte. W kiszkach grubych twarde masy kałowe.



Pewien włościanin ze wsi Kiszła-Saljewa, w wieku lat 50. Patrz Nr. 5.

Mlecz kręgowy i nerwy kulszowe z ich gałęziami zachowano w spirytusie.

Rozpoznanie pośmiertne. *Inanities cadaveris, gangraena sicca circumscripta in regione sacri et trochanterum Excoriationes in regionibus cristae ibiae utriusque et in regione dorsali articulationum cubitorum, sclerosis ossium rarii, sclerosis durae matris. Oedema meningum. Oedema et anaemia cerebri.*

Sclerosis arteriarum cerebri. Pleuritis odhaesiva. Emphysema pulmonum. Oedema pulmonum acutum. Hyperaemia pulmonum hypostatica. Pneumonia bacillaris. Bronchitis chronica exacerbata. Hypertrophia cordis sinistri. Hypoplasia aortae, sclerosis arteriarum coronarium. Tumor lienis acutus. Hyperaemia passiva hepatis et obfuscatio parenchymatosa. Nephritis interstitialis, praecipue papillaris. Gastroenteritis chronica.

Przechodząc następnie do anatomii patologicznej rumienia lombardzkiego, mogę przedstawić Panom w krótkości, co następuje:

Liczne oględziny pośmiertne chorych rumieniowych, wykonywane w ciągu wielu lat przezemnie, D-ra BOBROWSKIEGO-KOROLKĘ D-ra KIRIAKOWA, D-ra CZORBĘ i innych, dały nam możność skontrolowania danych anatomo-patologicznych, tyjących się opisywanej choroby i nagromadzonych w literaturze, a głównie w dziele prof. LOMBROSO.

Zmiany anatomo-patologiczne są umiejscowione w oponach mózgowych, w tkance rdzenia kręgowego, w wątrobie, śledzionie, kiszkiach, nerkach, sercu i t. p.. W tych narządach spotykamy tłuszczowe, barwnikowe zwyrodnienia, sklerozę i zaniki, którym towarzyszy małokrwistość. Wszystkie te zmiany dają prawo twierdzić z zupełną pewnością, iż we wyzsznich okresach cierpienia bywa zawsze przekrwienie tych narządów. W istocie jedyné zmiany, jakie się spotyka na sekcjach zwierząt, sztucznie zatrutych jadowitymi produktami zepsutej kukurydzy, są właściwe ostremu niezbytowi kiszek i przekrwieniu narządów, t. j. wogóle zakażeniu i otruciom. [D. n.]

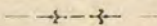
III. PRZYPADEK TĘŻCA NOWORODKÓW (*tetanus neonatorum*)

z pomyślnem zejściem oraz kilka uwag odnośnie do etyologii i istoty tego cierpienia.

[Rzecz czytana na posiedzeniu lekarskiem w Łęczycy d. 5-go marca 1898 r.]

Przez

D-ra med. Edwarda Bernharda z Łęczycy.



Dnia 3-go stycznia r. b. wezwany zostałem na wieś do chorego dziecka. Przybywszy na miejsce, dowiedziałem się, że dziecko, które przyszło na świat dnia 5-go stycznia, a więc mające wówczas 17 dni życia, od pewnego czasu dziwnym jakimś płaczem krzyczy, piersi wcale nie ssie, a z flaszki z wielkim tylko trudem ciągnąć może. Przy badaniu znalazłem dziecię płci żeńskiej, do wieku swego odpowiednio rozwinięte, i dostatecznie odżywione. Uderzało tylko od razu lekko sinawe zabarwienie ogólne skóry, przeważnie na twarzy i kończynach umiejscowione, wskazujące na zastoje żyłne w krążeniu skórny. Dziwny był przytem wyraz twarzy dziecka. Na czole fałdy poprzeczne, oczy jakby przymrużone, przy zwężonej szczelinie ocznej, wargi ryjowato wydłużone, promieniowemi fałdami otoczone. Policzki w okolicy kości licowych wypukłone przy dotyku stwardniałe. Głowę trzyma dziecko prosto, nie przechyla w tył,

tylko przy poruszeniach biernych czujemy pewną sztywność w karku. Kończyny górne wyprężone, pięści zaciśnięte, z uwięzionymi wewnątrz paluchami. Tułów względnie swobodny, ruchy oddechowe, chociaż nieco powierzchowne, ale rytmiczne, nieprzerwane. Wciągnięcia przeponowego nie widać. Powłoki brzuszne w stanie nieznacznego ściągnięcia masy mięśniowej przy wzdęciu okolicy żołądkowej i stłumieniu opukowem nad grubymi kiszki. Kończyna dolna prawa wyprężona, jak górna, lewa swobodna. Stan bezgorączkowy, wymiotów nie było żadnych, wypróżnienia leniwe. Tętno 120. W reszcie narządów nic nieprawidłowego. Przy usiłowaniu wprowadzenia palca w jamę ustną wyczuwa się szczękę w stanie ścisisku, jednakże przy użyciu pewnej siły szczelina ustna daje się otworzyć i pozwala wprowadzić smoczek od flaszki, której zawartość dziecko chciwie, z pewnymi przeszkodami w ruchach polkowych, ciągnie. Część mleka wypływa napowrót z jamy ustnej. Obraz cały kliniczny nie pozostawiał pod względem rozpoznawczym najmniejszej wątpliwości: dziecko dotknięte było tężcem, t. zw. *tetanus neonatorum*.

Naturalnie, że wobec tego zaaząłem jak najskrupulatniej poszukiwać bądź rany jakiegokolwiek, bądź ropienia, bądź wreszcie blizny jakiej, któraby wskazywała na wrota, któremi zarazek tężcowy mógł wniknąć do ustroju dziecka. Ale poszukiwania moje pozostały bez skutku. Pępek jak najprawidłowiej zagojony, bez najmniejszych śladów jakiegokolwiek poprzednio przebytego cierpienia. Zresztą otoczenie dziecka bez wyjątku jednogłośnie świadczyło, że w zasychaniu pępownicy najmniejszego zboczenia od zwykłego przebiegu nie było. Również i na żadnym innym miejscu ciała odnaleźć nie było można: ani rany, ani blizny, ani na zewnętrznej powierzchni, ani w którejkolwiek z jam ciała, badaniu dostępnym.

Co do czasu, w którym objawy chorobowe po raz pierwszy wystąpiły, zeznania otoczenia nie były zgodne: jedni utrzymywali, że dziecko pierwszy niemal tydzień cały chwytało pierś swobodnie, chociaż brodawek z powodu ich małości ssać nie mogło i flaszkę ciągnęło dobrze; inni podawali, że już po upływie czterech dni po urodzeniu dziecka było dość trudno przyjmować pokarmy i pięście trzymało ściśnięte. Równocześnie i krzyk dziecka stał się jakoś zmienionym. I rzeczywiście, gdy przy usiłowaniu z mojej strony przeprowadzenia przez zwężoną szczelinę szczękową smoczka od flaszki dziecko poczęło krzyżeć: krzyk ten był niezwykle, przerywany, przypominający i brzmieniem i rytmem beczenie jagnięcia. Obszar zajętych tężcowo grup mięśniowych w ciągu całego trwania mojej wizyty, t. j. mniej więcej w ciągu dwóch godzin, ciągle zostawał jeden i ten sam, a i w stanie stężenia żadne nie występowały pauzy.

Z powodu braku wszelkich zewnętrznych obrażeń musiałem wyłączyć urazowo-zakaźną formę tężca noworodków, a ponieważ dziecko znajdowało się w zupełnie pomyślnych warunkach higienicznych, przeto przyjąłem, jako moment etyologiczny, wpływy termiczne, co i poniekąd znajdowało potwierdzenie w orzeczeniach otoczenia, które na postawione przezemnie w tej mierze pytania jednogłośnie zeznało, że akuszerka przy sporządzaniu kąpeli dziecku nie posługiwała się termometrem.

Terapię zastosowałem symptomatyczną, a mianowicie chloral, podawany *per os*, przez pierwsze dwa dni, co dwie godziny po łyżeczce od kawy półgramowego roztworu chloralu w 120 gramach półtoragramowego roztworu *natri bromati*, a po dwóch dniach co dwie godziny po jednym decygramie chloralu czystego.

Po siedmiu dniach tężec z twarzy i kończyn górnych ustąpił zupełnie, prawa noga tylko jeszcze przez kilka dni była w stanie tonicznego wyprężenia. Stopniowo i ten objaw zniknął i w jakie dwanaście dni po mojej pierwszej wizycie dziecko zupełnie przyszło do zdrowia. Dla zupełności winienem dodać, że dziecko jest i dziedzicznie obciążone: dziad dziecka ze strony ojca był psychopata, dziad ze strony matki *potator*, ojciec zdradza objawy *neurastheniae cerebrialis*, matka jest epileptyczką.

Przedstawiona dopiero co Szanownym Panom w krótkości obserwacja przypadku *tetani neonat.* stała się dla mnie bodźcem do głębszego zastanowienia się nad tem cierpieniem i bliższego rozpatrzenia się w literaturze.

Do r. 1884 tężec dla nauki lekarskiej był cierpieniem zagadkowym, w którym terapia symptomatyczna w największej liczbie przypadków okazywała się bezsilną, a uczynienie zadość wskazaniu przyczynowemu i chorobowemu było niemożliwym z powodu nieznaności momentu etyologicznego i istoty cierpienia.

Epokowe odkrycie lasecznika tężca przez NICOLAIER'a w r. 1884 i wyhodowanie czystych hodowli tegoż przez KITASATO w 1889 r. rzuciły nowe światło na patogenezę tego dotąd ciemnego cierpienia i obudziły nadzieję zastosowania w niedalekiej przyszłości skuteczniejszego leczenia.

W r. 1891 przy stosowaniu po raz pierwszy, chociaż bezskutecznie, przez A. BAGIŃSKIEGO i KITASATO w Berlinie u pewnego noworodka chorego na *tetan. neonat.* seroterapii, KITASATO w płynie surowiczym, wydzielającym się z pępowiny tego dziecka, wykazał obecność NICOLAIER'owskiego lasecznika. Tak więc wszystkie rodzaje tężca uznane zostały za identyczne co do przyczyny, wywołującej je, mianowicie zależne od lasecznika tężcowego.

Tymczasem tak i dawniej, jak obecnie i w moim przypadku zdarza się obserwować tężec noworodków, w którym przy najskropulatniejszym nawet poszukiwaniu nie udaje się odnaleźć ani żadnego uprzedniego cierpienia pępowiny, ani wogóle najmniejszych śladów jakiegokolwiek bądź zewnętrznego obrażenia. HENOCH w podręczniku swoim chorób dziecięcych przytacza, jako moment etyologiczny podobnych przypadków tężca noworodków, podrażnienia termiczne, t. j. działanie zbyt wysokiej lub zbyt niskiej ciepłoty. Na uzasadnienie tego zdania podaje ogłoszoną przez BOHN'a w 1876 r. w IX tomie *Jahrb. der Kinderheilkunde* epidemię tężca noworodków w Elblągu, wybuchłą między dziećmi, należącymi do klienteli pewnej, największą wziętością cieszącej się akuszerki, która w przyrządzaniu kąpeli nowonarodzonym dzieciom nie posługiwała się termometrem. Epidemia ustąpiła dopiero wówczas, kiedy zniewolono ową akuszerkę do przyrządzania kąpeli pod kontrolą termometru.

W № 11 Gazety Lekarskiej z 1883 r. ogłosił kol. MALINOWSKI przypadek podobnego tężca noworodków, z ambulatoryum szpitala Dziecinnego

w Warszawie, przyczem, jako moment etyologiczny tej kategorii tężca, podaje, idąc za zdaniem STEINER'a, złe warunki higieniczne mieszkania i powietrza — dodaje wszakże, że w Warszawie częściej należy upatrywać przyczyny podobnych przypadków tężca w zbyt ciepłych lub zbyt chłodnych kąpielach. Przypadek jego zakończył się pomyślnie przy stosowaniu podskórnych wstrzykiwań *extr. Fab. Calab.*

Co do tego, czy wpływy termiczne mogą się u ssawców stać przyczyną tężca, to dowodów na to nie ma. Prac doświadczalnych w tym kierunku nie mamy, z powodu łatwej do zrozumienia niewykonalności takowych na materiale ludzkim, świat zaś zwierzęcy nie przedstawia chyba w tym względzie analogii, któraby pozwalała na wyciąganie prawdziwych wniosków. Na drodze zaś logicznego rozumowania prędzej należałoby przyjść do wyniku przeczącego. Jeżeli bowiem zbyt wysoka lub zbyt niska ciepłota ma wywoływać tężec, to wpływ ten powinien bezwarunkowo pozostawać, do pewnej granicy przynajmniej, w prostym stosunku do stopnia działającej ciepłoty, tak w jednym, jak w drugim kierunku. Tymczasem ani przy oparzeniach, chociaż takowe w klasie zwłaszcza uboższej między dziećmi kilkotygodniowemi nie tak rzadko się zdarzają, ani w przemarznięciach — chociaż o wiele rzadszych — objawów tężcowych ani sam nigdy nie obserwowałem, ani przez innych lekarzy przytoczonych nie znalazłem.

W 5, 6 i 7 № Gaz. Lek. z r. z. ogłosił kol. MĘCZKOWSKI artykuł p. t.: „Kilka uwag o obecnym stanie nauki o tężcu“, w którym, uwzględniając przeważnie stronę terapeutyczną, przy omawianiu różnych momentów etyologicznych wyraża się w sposób następujący: „Istniejące niewątpliwie przypadki tężca gośćcowego [reumatycznego lub z przeziębienia] nie przemawiają bynajmniej przeciwko teorii zakaźnej. Przeziębienie w tym razie stanowi tylko czynnik sprzyjający. Czynnikiem przyczynowym pozostaje zawsze lasecznik swoisty tężca. Dowodzą tego najnowsze badania kliniczne i doświadczalne. Taka sama jest patogeneza tężca t. zw. połogowego (*tet. puerp.*) i tężca noworodków (*tet. neonat.*)“. Z zestawienia ogólnikowego tężca noworodków z powyższemi formami, gośćcową i połogową, zdaje się wynikać, że MĘCZKOWSKI wszystkie formy tężca noworodków uważa za równoznaczne.

Poszukując w literaturze obserwacji tężca, powstałego nie w następstwie zewnętrznego jakiego obrażenia, znalazłem komunikat SCHAEFER'a, asystenta lecznicy chorób nerwowych w Goerlitz, pomieszczony w referacie w *Berlin. klin. Woch.* z 1889 r., tyczący się tężca, powstałego po nadużyciu alkoholu. W tym samym referacie pomieszczona jest obserwacja SAMTER'a, lekarza szpitala miejscowego w Poznaniu, podająca rozwinięcie się tężca w przebiegu *orchitidis gonorrhoeae*. SAMTER czyni go zależnym od działania zarazka rzeżączkowego. Obserwacja ta wszakże traci wiele na wartości, gdyż dodaną jest mimochodem wzmianka, że u chorego tego w przebiegu *orchitidis* utworzyła się *fistula testiculi*. Tą drogą bowiem mógł w danym przypadku wnikać w organizm lasecznik NICOLAÏER'a. Że objawy tężcowe mogą być wywołane nie tylko swoistym lasecznikiem, tego dowodzą występowanie takowych

w przebiegu różnych cierpień ostrych zakaźnych i przewlekłych ustrojowych, dalej różne otrucia chemiczne, między którymi otrucie strychniną przedstawia pierwowzór klinicznego obrazu tężca.

Ciekawy niezmiernie fakt naukowy odkryli: BRIGER i jego uczniowie, pracując nad zagadnieniem odporności i uodpornienia. Wyniki tych prac pomieszczone są w XII zeszytcie *Zeitschrift für Infektionskrankheiten und Hygiene*. Wykazali oni, że w pośrednich okresach normalnej przemiany materyi w organizmie wytwarzają się związki jadowite, tak zwane peptotoksyny, które w normalnych warunkach zamieniają się w nieszkodliwe pod wpływem pewnych własności różnych wegetatywnych narządów organizmu ludzkiego i zwierzęcego. Peptotoksyny te przy zboczeniach w normalnej przemianie materyi w organizmie działają w sposób bardzo zbliżony do działania toksynów, powstałych z symbiozy NICOLAÏER'owskiego lasecznika z innymi ropotwórczymi drobnoustrojami.

Kliniczne potwierdzenie tego faktu dali BOUVERET i DAVIE w pracy swej „*tétanie d'origine gastrique*“, ogłoszonej w styczniowym i lutowym zeszytcie *Revue de Médecine*. 1892. W pracy tej, referowanej w ciągu 1892 r. w *Berliner klin. Woch.*, a w naszej literaturze w 15-ym N-rze *Gaz. Lek.* z 1893 r. przez kol. MINTZA, autorowie przytaczają trzy własne obserwacye, w których w rozmaitych stanach upośledzonego trawienia i, co za tem idzie, wadliwej przemiany materyi, a przeważnie przy rozszerzeniu żołądka, występowały objawy tężyczki, *tétania*. Przy tej sposobności zebrali wszystkie do owego czasu znane w literaturze podobnego rodzaju przypadki, których liczba podana jest na 20. Z tych najdawniejszy, bo z r. 1861, opublikowany został przez NEUMANN'a w *Deutsche Klinik* [Nr. 213] z 1861 r., a najpóźniejszy z 1891 r. w *Deutsches Archiv für klinische Medizin* przez LOEB'a. Tężyczka ta, pochodzenia gastrycznego, zewnętrzną formą swoją bardzo przypomina objawy, towarzyszące tężcowi, gdyż skurcze toniczne nie tylko dotykały kończyn i trwały od kilku minut do kilku godzin, ale ogarniały stopniowo i mięśnie twarzy, i szyję, i tułów.

Że pod postacią tężca noworodków mogą przebiegać i sprawy chorobowe nierównoznaczne, zdaje się wynikać i z różnorodności zdań pomiędzy lekarzami co do rokowania, a zarazem i ze sprzeczności w statystyce śmiertelności, w tej chorobie przez różnych lekarzy podawanej, nie polegającej wyłącznie tylko na różnicy w ilości rozporządzanego materiału statystycznego. HENNOCH powiada: „Wszystkie niemal noworodki, tężcem dotknięte, umierają. Dlatego należy zaraz na samym wstępie postawić rokowanie złe. Mimo to zupełne wyzdrowienie nie jest wyłączone“. Zapewnia dalej, że „sam obserwował kilka takich przypadków“.

FRANK zaś z Wiednia, referując na posiedzeniu sekcji pedyatrycznej 66-go zgromadzenia przyrodników i lekarzy niemieckich w Wiedniu we wrześniu 1890 r. o tężcu noworodków, podał, że w ciągu 30 lat obserwowano w szpitalu dziecięcym Ś-tej Anny w Wiedniu wogóle tylko 52 przypadki; z tych umarło 22, czyli 42,3%. Obliczając zaś procent wyzdrowień za okres 20 lat, otrzymał 50%. I ze statystyki tej wyciągnął wniosek, że noworodki są mało wrażliwe na tężec (*Therap. Monatshefte*. 1894. *Zeszyt 10*).

EDMUND ROSE, chirurg szpitala Bethanien w Berlinie, w pracy swej jubileuszowej tego szpitala, w r. z. wydanej, mówiąc o przypadku *tetan. neonat.*, leczonym w pierwszych 36 godzinach po zastosowaniu seroterapii z zejściem śmiertelnym, dodaje do tego uwagę: „jak wogóle tego rodzaju przypadki“.

MĘCZKOWSKI wreszcie w wymienionej powyżej pracy podaje procent śmiertelności na 86,4%, a mówiąc o rokowaniu, powiada, że teżec noworodków daje śmiertelność wysoką.

Ostatecznie wytworzyłem sobie na sprawę teżca noworodków następujący pogląd:

1) Przeważną część przypadków stanowią formy specyficzne, NICOLAIER'owskie. W nich, zdaniem mojem, powinny zawsze być widocznymi albo w śladach być odnalezionymi wrota, któremi swoisty zarazek wniknął do ustroju, a więc ropiejące cierpienie pępownicy, lub inne jakie owrzodzenie, lub obrażenie, lub blizny po nich. Drgawki występują z przerwami i stopniowo ogarniają coraz liczniejsze grupy mięśniowe. Formy te dają dotąd rokowanie złe. Dla terapii zwykłej mało przystępne, powinny być, jak dotąd przynajmniej, przedmiotem seroterapii i w miarę wydoskonalania się tej ostatniej dawać coraz to pomyślniejsze rezultaty.

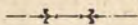
2) Formy teżca, w których najsumienniejsze nawet badanie nie daje wykryć żadnego zewnętrznego obrażenia, zdają mi się być różnemi postaciami chorobowemi, może zmodyfikowanemi formami tężyczki dziecięcej (*tetania infant.*). Drgawki w nich przeważnie są trwałe, ograniczające się prawie stale grupami mięśni na samym zaraz wstępie zajętemi. Ten stopień natężenia drgawek, jakoteż i obszar zajętego terytorium, nawet w ciągu kilku dni zostaje jeden i ten sam. Formy te ustępują w większej części przypadków terapii symptomatycznej, jak np. działaniu chloralu lub innych tym podobnych środków. Formy te mogą zależeć od troficznych zboczeń układu nerwowego centralnego, powstałych bądź wskutek dziedzicznych warunków, przy tak zwanej skłonności, bądź wskutek pewnych zaburzeń w trawieniu i wynikłych ztąd nieprawidłowości przemiany materii. Dokładniejszy i subtelniejszy rozbiór chemiczny tych funkcji życiowych w poszczególnych przypadkach *tetan. neonat.* tej kategorii wykaże może z czasem, o ile przypuszczenie moje jest uzasadnionem i wpłynie może powoli na rozszerzenie ram terapii, obracającej się dotąd tylko w kierunku symptomatycznym.

Pogląd mój i wyrażona nadzieja znajdują już dzisiaj pewne poparcie i poniekąd zupełne potwierdzenie w świetnej zdobyczy naukowej ostatniej doby, a mianowicie w genialnej teorii EHRLICH'a co do sposobu działania w ustroju toksyn tężcowych. Teorya ta nazwana przez niego „*Theorie der toxophoren Seitenkette*“, teorya „jadonośnego łańcucha bocznego“, rzuca nowe światło na zachowanie się spraw zakaźnych w ustroju wogóle i czyni zrozumiałem, że wytwory różnych zarazków mogą mieć powinowactwo do jednych i tych samych pierwiastków tkankowych ustroju, że więc działaniem swoim mimo różności swojej mogą wywoływać jednakowe objawy kliniczne. Doświadczalne stwierdzenie tej teorii EHRLICH'a przez WASSERMANN'a i TAKAKI'ego i zdobyte przez nich na jej podstawie zdumiewające rezultaty immunizacyjne, a w części już

i lecznicze, są zapowiedzią nowego rozszerzenia granic terapeutycznej naszej możliwości wogóle, dając nadzieję wytworzenia powoli, obok młodej jeszcze seroterapii, a w niektórych przypadkach może nawet zamiast niej, jeszcze młodszej metody leczniczej: terapii łańcucha bocznego, „*Seitenkettentherapie*“.

STAN i POTRZEBY

SZPITALI WARSZAWSKICH.



Brak szpitali w Warszawie i niedostateczna liczba miejsc w szpitalach znane są dobrze lekarzom i publiczności. Tyle już mówiono i pisano o tej sprawie, że ograniczymy się tutaj na podaniu pewnych cyfr, niestety, zbyt charakterystycznych.

W 8 ¹⁾ szpitalach ogólnych jest ogółem łóżek 1528, mianowicie: w szpitalu Dz. Jezus 500, Św. Ducha 218, Żydowskim 325, Prazkim 140, Wolskim 75, Św. Rocha 110, Ewangelickim 80, Zapasowym 80, nadto w dwóch specjalnych [Św. Łazarza i Oftalmicznym] 350. Wszystkie te szpitale istnieją od dość dawna. Gdy niegdyś w zupełności wystarczały potrzebom miasta, to obecnie skutkiem szybkiego wzrostu ludności, a braku jednoczesnego rozwoju szpitali, sprawa przedstawia się zupełnie inaczej.

Trzy tylko z powyżej wymienionych szpitali [Wolski, Zapasowy i Prazki] powstały w wieku bieżącym; początek innych sięga wieku zeszłego, a nawet dawniejszych. Już sam ten fakt wskazuje, jak nierównomiernie wzrastały ludność miasta i ilość łóżek szpitalnych: ludność miasta stale i szybko rosła, a liczba łóżek zwiększała się bardzo nieznacznie.

W 1854 r. ludność Warszawy wynosiła 157,000, w istniejących wówczas 5 szpitalach było łóżek 1016. Obecnie zaś przy ludności 620000 posiadamy łóżek 1528.

Innemi słowy, gdy w r. 1854 przypadało 1 łóżko na 82 mieszkańców, gdy nawet w 1869 1 łóżko było na 123 mieszkańców, to w roku bieżącym wobec szybkiego wzrostu ludności mamy już 1 łóżko na 405 mieszkańców. Włączając nawet do ogólnej cyfry liczbę łóżek w szpitalach specjalnych [Św. Łazarza i oczny], wypadnie 1 łóżko na 330 mieszkańców.

Znaczenie cyfr powyższych ujawni się w całej pełni, gdy je porównamy ze stosunkami, istniejącymi w innych wielkich miastach. Otóż, Kraków ma 1 łóżko na 123 mieszkańców, Moskwa na 140, Hamburg na 171, Petersburg na 226, Wiedeń na 230. W rachunku przytoczonym pomijamy liczbę łóżek dziecięcych, których uwzględnienie przedstawiłoby Warszawę w świetle jeszcze bardziej fatalnem.

Jako normę należy uważać 1 łóżko na 200 mieszkańców.

Powyższe dane cyfrowe już w prasie naszej podawano. Za mało jednak uwzględniano inną okoliczność, mianowicie zalew, jakiego doświadczają szpitale warszawskie ze strony chorych z prowincyi. Wiadomo, że do wszystkich wielkich miast napływają chorzy z prowincyi: ściągają ich tu sława niektórych lekarzy, odpowiednie urządzenia szpitalne i t. p.. U nas jednak w grę

¹⁾ Pomijamy tu zupełnie szpital Św. Jana Bożego i szpitalik dziecięcy ze względu na specjalny ich charakter.

nadto wchodzi inny czynnik poważny, mianowicie brak szpitali na prowincyi, może nawet względnie jeszcze bardziej rażący, niż w Warszawie. We wszystkich szpitalach 10 gubernii Królestwa Polskiego jest ogółem 2138 łóżek [nie włączamy do tej liczby szpitali w Łodzi]. Cyfra to niezwykle mała, jak na ludność z górą dziesięcio-milionową.

Wobec tak smutnego położenia prowincyi wielu chorych, którzy mogliby się leczyć w małych szpitalach na miejscu, udaje się z konieczności do Warszawy i tu tułają się odszpitala do szpitala, często bez możliwości dostania się do któregośkolwiek z nich. Liczba chorych przyjezdnych wynosi w szpitalach warszawskich $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ ogólnej ilości chorych. Rzecz prosta, że taka liczba pojedynczych chorych znakomicie obciąża szpitale z uszczerbkiem dla mieszkańców Warszawy.

Jeszcze jedną metodą posługują się często przy określaniu, czy i o ile istniejące szpitale czynią zadość potrzebom, mianowicie liczbą kart odmownych.

Na danych tych jednak żadnych sądów opierać nie można, bo one nie mają istotnego stanu rzeczy. Liczba osób, których dla różnych powodów nie przyjęto do szpitali, niewątpliwie jest o wiele wyższą od liczby kart odmownych. Bardzo wielu chorych nie chce brać owych kart; innym znów lekarz miejscowy, odrywany wciąż do wielu innych obowiązków, nie ma wprost możliwości wydania karty. Zresztą w niektórych szpitalach [Wolski, Zapasowy, Św. Rocha, Ewangielicki] dotychczas jest jeden tylko lekarz miejscowy, u Św. Łazarza zaś niema zupełnie lekarza miejscowego. Wobec tego często niema nikogo, ktoby mógł wydać kartę odmowną: chory przeto, nieprzyjęty do szpitala, opuszcza go, nie pozostawiając żadnych śladów swej bytności. Z drugiej znów strony pewna liczba chorych otrzymuje w ciągu jednego dnia karty odmowne z kilku szpitali.

Jednem słowem, liczba kart odmownych daje wskazówkę zaledwie tylko przybliżoną odnośnie do pytania, w jakim stopniu niedostateczną jest liczba łóżek szpitalnych w Warszawie.

Bardziej pewne światło rzuca nam przeciętna liczba dni szpitalnych, przypadająca na 1 chorego. Wobec braku miejsc, wobec napływu chorych do szpitala, ordynatorowie zmuszeni są wypisywać chorych możliwie śpiesznie, skoro tylko mijają ostre objawy, chociaż chory wyleczonym jeszcze nie jest. To też liczba dni, spędzonych przeciętnie przez chorego w naszych szpitalach, jest znacznie mniejsza, niż gdzieindziej. Przeciętna cyfra wynosi u nas 19—21 dni. Cyfra ta jest znakomicie niższa od odpowiednich cyfr w szpitalach zagranicznych. W Hamburgu np. cyfra ta wynosi 40 dni, a w Berlinie 32 dni.

Jeszcze gorzej sprawa się przedstawi, gdy będziemy rozważali poszczególne szpitale. Najgorzej stoi pod tym względem szpital Zapasowy. Tu w 1895 r. przeciętna stanowiła 14 dni; w 1896—15 dni, w 1897—19 dni. A jednak przedewszystkiem dla tej kategorii chorych [zakaźnych] koniecznym jest odpowiednio długi pobyt w szpitalu, bo nie tylko chorzy narażeni są na różne ciężkie powikłania, lecz nadto mogą oni łatwo przenosić zakażenie na miasto. Czy może wystarczyć cyfra 15 dni na ospę? Czy, wypisując chorego po 15 dniach, można go uważać za wyleczonego i bezpiecznego dla otoczenia?

Przeciętna liczba dni jest dość czułą miarą niedostateczności łóżek szpitalnych. Gdy liczba tych ostatnich wzrasta, podnosi się także i przeciętna liczba dni na 1 chorego. Pouczające w tym względzie fakty przedstawia szpital Zapasowy. W 1895 r. było tam łóżek 50 w 1896—60, a w 1897 było już łóżek 80. Tak nie wielkie różnice co do liczby łóżek wywołały już odpowiednie wahania w liczbie przeciętnej dni na 1 chorego. Gdy w 1895 r. chorzy na ospę leżeli przeciętnie 15 dni, to już w r. 1897—23,8 dni, gdy na szkarlatynę w 1895 leżeli średnio 22 dni, to 1897—już 28 dni. Inaczej być nie może. Gdy na salę przyjmowani są nad normę nowi chorzy, co jest u nas stałym zjawiskiem, wów-

czas zgodnie z ustawą wypisuje się natychmiast mniej ciężko chorych, leżących na sali. Gdybyż jeszcze były przytulki dla rekonwalescentów. W braku jednak ich, chorego, który do zdrowia jeszcze nie wrócił, usuwa się z sali, skutkiem czego okres powrotu do zdrowia przebywać musi w zwykłej swej pracy zarobkowej.

Wszystkie dane powyższe przytoczyliśmy jedynie dla pewnej ścisłości. Właściwie bowiem stały brak miejsc w szpitalach doskonale jest znany zarówno administracyi szpitalnej, jak i publiczności, która opłaca to drogo własnem zdrowiem. Faktem jest, że dostanie się obecnie do szpitala związane jest z takimi trudnościami, iż chorzy zaopatrują się w poważne listy polecające, używają różnych protekcyi, jakkolwiek jedyną i wystarczającą protekcyą do szpitala powinna być sama choroba. Inni znów kładą się na ulicy w nadziei, że pośrednictwo policji lub Pogotowia Ratunkowego otworzy im wrota szpitalne. Utarczki z publicznością z tego powodu bywają bardzo przykre. Zwłaszcza od czasu zaprowadzenia podatku szpitalnego chorzy i ich rodziny domagają się coraz natarczywiej przyjęcia do szpitala, usprawiedliwiając swe żądania zobowiązaniem, jakie Rada Miejska zaciągnęła względem ludności przez ściąganie specjalnego w tym celu podatku.

Jak wiadomo, główny napływ chorych do szpitala ma miejsce w porze zimowej. Lecz i latem, kiedy chorych zgłasza się o wiele mniej, trudności pod względem dostania się do szpitala nie są mniejsze. Dzięki bowiem t. zw. „remontowi,” reparacyi szpitala, ogólna liczba łóżek szpitalnych znakomicie się zmniejsza. Niestety, reparacye te trwają niezmiernie długo. W 1908 w szpitalu Dz. Jezus od czerwca do listopada, u Sw. Rocha przeszło 4 miesiące, podobnież w innych szpitalach. Nadto zwykle rozpoczynają się bardzo późno, skutkiem czego nie korzysta się z czasu, kiedy chorych jest mniej, a natomiast zaciąga się roboty na późną jesień, kiedy chorych przybywa bardzo wielu. Zresztą reparacye odbywają się jednocześnie we wszystkich szpitalach. Nadto wobec braku porozumienia między różnymi szpitalami, dzieją się stale takie rzeczy, że naprzekład czasami w szpitalach Warszawskich jest bardzo wiele wolnych łóżek męskich wewnętrznych, natomiast zupełny brak kobiecych wewnętrznych. Wszelkie możliwe kombinacye mają tu miejsce, lecz żadna nie przewiduje, że jednocześnie mogą się zgłaszać do szpitala zarówno kobiety, jak mężczyźni, a także dotknięci najrozmaitszymi chorobami.

Wprawdzie przy niektórych szpitalach istnieją specjalne baraki letnie, które mają zastępować sale szpitalne na czas naprawy. Lecz są one tak pierwotnie urządzone, tak zupełnie nie zabezpieczają od możliwych zmian pogody, iż korzyść z nich jest bardzo mała. Chorzy w najrozmaitszy sposób oponują przeciwko lokowaniu ich w baraku. Zresztą przy ostrzejszem, dżdżystem lecie, jak to np. miejsce miało w jednym ze szpitali w zeszłym roku, nawet administracya szpitalna nie uważała za stosowne otwierać ich.

Tak więc i w czasie lata szpitale nie mogą odetchnąć spokojnie: wiecznie tenże sam brak miejsc, wiecznie też same narzekania chorych, utarczki z nimi. A cały ten ciężar niesłusznie spada na lekarzy. Chory, nieprzyjęty do szpitala, całą winę składa na lekarza, który mu oświadcza, że miejsca niema: dla niego tylko lekarz jest widomą przyczyną smutnego w tym względzie jego losu.

Przyjrzyjmy się teraz wewnętrznemu urządzeniu szpitali. Brak miejsc musiał być pociągnąć za sobą i inne bardzo niekorzystne następstwa pod względem urządzeń szpitalnych. Przedewszystkiem wobec gwałtownej potrzeby trzeba było łączyć braki. Zaczęto wstawiać łóżka nadetatowe, gdzie tylko fizycznie dało się to uczynić. Później zaczęto kłaść chorych na podłodze, dopóki fizyczne własności przestrzeni pozwalały na układanie sienników na ziemi. Istota sprawy na tem nie zyskiwała, a natomiast znakomicie pogarszały się wa-

runki higieniczne szpitali. Przyjrzyjmy się tylko, jaką ilością powietrza oddechacza musi chory w szpitalach warszawskich. Cyfry są tu dość różne, lecz wszystkie o wiele mniejsze od tych, które higiena uważa za minimalne. W szpitalu Dzieciątka Jezus przeciętna cyfra według rachunku wynosi 24 m. sześć. na 1-go chorego, u św. Rocha 23 m. sześć., w szpitalu Żydowskim 18 metr. sz. W szpitalu św. Ducha 31 metr. sześć.. W szpitalu Zapaśowym 35 metr. sześć.

Tymczasem przy prawidłowo urządzonej wentylacji cyfry te winny dosięgać 40—60 metr. sześć.. W Moabicie np. na 1 chorego przypada 49 metr. sześciennych. Lecz podane wyżej cyfry są faktycznie jeszcze nawet niższe: najprzód bowiem uwzględnić należy, że na salach chorych sypiają posługacze szpitalni [na salach dla 10—14 chorych sypia 2—3 posługaczy]; powtórę prawie stale leżą chorzy nadetatowi na podłodze. Z pomiarów, dokonanych w paru szpitalach w porze nocnej przez kilku kolegów, okazuje się, że na 1-go chorego przypada 10—20 metr. sześć.. Wreszcie głównym czynnikiem, obniżającym znakomicie znaczenie cyfr powyższych, jest brak prawidłowej wentylacji. Dla tego też powietrze w naszych szpitalach bywa fatalne, zwłaszcza w nocy panuje tak straszny zaduch i smród, że, wchodząc w nocy na salę, dusić się formalnie trzeba. Jeszcze pół biedy w lecie, kiedy wentylacja odbywa się za pomocą otwierania okien. Lecz w zimie, kiedy znów z powodu niedostatecznego ogrzewania wszelka komunikacja z powietrzem zewnętrznym jest przecięta, położenie staje się wprost niemożliwym. Prawidłowo urządzonej wentylacji niema ani w jednym szpitalu ogólnym. Jedynie w szpitalu Św. Ducha istnieje sztuczna wentylacja, lecz i tej wiele zarzucić należy. Zresztą wszędzie wentylacja odbywa się za pomocą lufek lub fatalnie funkcjonujących wentylatorów przy piecach [Św. Rocha i Ewangelicki] lub w ścianach.

Lecz na tem nie koniec. Najprzód, wobec braku oddzielnych salek dla chorych zanieczyszczających się na salach daje się uczuwać wprost duszący smród. Powtórę, we wszystkich szpitalach sale chorych oświetlane są naftą. Ze względów oszczędności palą się małe lampki [kuchenne], zwykle na noc przykręcane, które kopcą i zanieczyszczają powietrze. Wreszcie, dla ciężko chorych na salę wnoszą się kubły, również pierwotnej budowy—a dodać należy, iż dzieje się to częściej, niż potrzeba, wobec fatalnego stanu wychodków i zbyt odległego ich umieszczenia.

To też chorzy, którzy mogą się ruszać, uciekają wprost z tych sal na korytarze. Lecz najprzód administracja szpitalna surowo zabrania chodzenia po korytarzach ze względu na ogólny porządek szpitalny. Powtórę, korytarze te wszędzie [z wyjątkiem szpitala Św. Ducha] są nieogrzewane. Skutkiem tego w porze zimowej, zwłaszcza wobec bardzo niedostatecznej i nieodpowiedniej odzieży szpitalnej, chorzy narażają się na przeziębienie. Niejednokrotnie zdarzało nam się zwracać na to uwagę chorych. Lecz krótka odpowiedź chorego: „wolę zaziębić się, niż dusić się w smrodliwym powietrzu na sali“, rozbijała argumenty o możliwości przeziębienia.

Zresztą i na tych korytarzach powietrze jest wątpliwej wartości przedewszystkiem dzięki sąsiedztwu wychodków. Prawie we wszystkich szpitalach [z wyjątkiem Św. Ducha, Św. Rocha, Wolskiego i Ewangelickiego] niema należycie przeprowadzonej kanalizacji.

Prostota urządzenia wychodków przypomina małomiasteczkowe porządki. Istnieją zwyczajne ścieki, a pod nimi doły, z których zawartość sprowadza się do wspólnych zbiorników, z kąd beczkami wywożą je poza granice szpitala. Przy takim urządzeniu nie dziw, że w wielu korytarzach szpitalnych smród z wychodków daje się ogromnie odczuwać.

Nadto w niektórych szpitalach zaprowadzono, prawdopodobnie w celu jakiejś swoistej dezynfekcji, smarowanie dziegiem podłóg i ścian w wychodkach. Zapach dziegiu z zapachem naturalnym wychodków wytwarza tak

oryginalną i przykrą kombinację, że zmusza najmniej wrażliwe nosy do szybkiego odwrótu. Lecz nie dość na tem—nie dość, że te wychodki są tak pierwotnie urządzone, bo są tu i inne złe strony. Najprzód, wychodki te mieszczą się najczęściej daleko od sal, co jest niezmiernie uciążliwe dla ciężko chorych. Powtóre, wychodków jest mało — na parę lub kilka sal bywa jeden wychodek, a w nim 2—3 siedzenia. Tak np. u Dz. Jezus jeden wychodek o 3 siedzeniach jest dla oddziału 28—29, 27 i 25, t. j. dla 90 chorych; w szpitalu na Pradze jeden sedes na 50 chorych; w dolnym korytarzu jeden wychodek o 2 sedesach dla oddziałów 26—30 i 32, t. j. dla 60 chorych, nie licząc nadto służby administracyjnej szpitala, która z tego wychodka korzysta. Wobec tego chorzy zmuszeni są często czekać swojej kolei, zanim zwolni się jaki sedes.

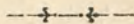
Dodać tu należy, że sedesy nie są oddzielone jeden od drugiego, skutkiem czego wszystko odbywa się publicznie. Nie możemy także pominąć braku papieru w wychodkach [jeden tylko szpital Zapasowy stanowi pod tym względem wyjątek]. Drobną tą na pozór rzeczą, jakże może obrzydzić pobyt w szpitalu tym, których cywilizacja przywykłała do tego. Elementarny ten brak sprawia, że bielizna, pościel i sami chorzy są zanieczyszczeni, że chorzy leżą w brudzie, że wreszcie lekarze muszą badać takich chorych, przykładając ręce i uszy do ciała mocno zawałanego kałem.

Sprawiedliwość nakazuje wyznać, że szpitale: Ewangelicki, Wolski, Św. Ducha i Św. Rocha wobec skanalizowania posesyi, posiadają lepsze klozety. W innych jednak szpitalach sprawa ta stoi niezmiernie źle. Nadto w niektórych [szpital Praski, po części szpital Dz. Jezus] wychodki są nieogrzewane, tak, że chorzy w zimie formalnie tam marzną.

Co się tyczy oświetlenia, to, jak to już wspomnieliśmy, we wszystkich szpitalach sale chorych oświetlone są wyłącznie naftą [z wyjątkiem szpitala Praskiego], przytem za pomocą bardzo tanich, źle palących się lampek; korytarze przeważnie, z wyjątkiem niektórych szpitali [Żydowski, gdzie również pali się nafta], oświetlane są gazem. Lecz i tu oświetlenie jest niedostateczne. Tymczasem wobec tego, że gaz w szpitalach jest już przeprowadzony, łatwo byłoby zaprowadzić gaz i na salach. Wszelkie złe strony, jak poucza praktyka, nie trudno usunąć. Wszakże w Warszawie mamy takie urządzenie w prywatnym zakładzie kol. BĄCZKIEWICZA i w szpitalu dziecięcym: palniki gazowe umieszczone są w ścianach, zakryte szybami szklanymi, a nadto zasłonięte odpowiednimi żaluzjami. Przy takim urządzeniu wszelkie niebezpieczeństwo jest wyłączone, a nadto łatwo oświetlić salę lub przyćmić.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



31. Leichtenstern. Niedokrwistość, zależna od ankylostomy (*Zur Ankylostomo-anämie*).

Objawem stałym przy ankylostomie jest bezkrwistość, która, stopniowo zwiększając się, doprowadzić może do zejścia śmiertelnego (*anaemia progressiva perniciosa*). Przeciw bezwarunkowej jednak zależności obu zjawisk przemawia niezwykle rozpowszechnienie tego pasożyta u mieszkańców stref podzwrotnikowych. Mieszkańcy ci pomimo to cieszą się zupełnym zdrowiem, co skłoniło nawet DOBSON'a do postawienia hipotezy, że ankylostoma jest pasożytem niewinnym.

ZINN i JACOBY natomiast przypuszczają istnienie względnej odporności czarnej i żółtej rasy przeciw temu pasożytowi, jakkolwiek przeczy temu fakt, że i wielu Europejczyków nie zawsze choruje wskutek obecności tych wnetrznia-

ków. LUTZ twierdzi, że organizm dorosłego człowieka poczyną cierpieć, gdy liczba ankylostom dochodzi do 100, a ciężką, ogólną bezkrwistość sprowadza dopiero obecność wielu setek.

LEICHTENSTERN jednak znajdował ciężką, złośliwą bezkrwistość przy nielicznej *ankylostomiasis*, co stwierdzonem bywało przez udatne leczenie poronne, lub przez sekcję.

Według autora, należy przypuścić, że w tych razach prawdopodobnie wcześniej już istniała większa ilość czerwi, która z biegiem czasu zmalała, ale w podpadłym już ustroju i ta nieznaczna pozostała ich ilość mogła potrzymać wysoki stopień niedokrwistości. Dotyczy to przypadków przewlekłej, zadawionej choroby.

Dla objaśnienia przypadków świeżych autor podaje następującą formułę:

$$a = \frac{n \cdot t}{r},$$

gdzie a = stopień bezkrwistości, n = liczba czerwi, t = czas trwania choroby, r = odporność osobnicza.

Podana formuła wyjaśnia też dziwny na pozór fakt, iż endemiczna, podzwrotnikowa *ankylostomiasis* daleko rzadziej powoduje ciężką bezkrwistość, niż jej forma epidemiczna, gdyż w pierwszym razie ma my zazwyczaj do czynienia z nieznaczną ilością czerwi, podczas gdy w przypa dku drugim występuje ostra, masowa inwazyja pasożytów.

Jeżeli dla stopnia bezkrwistości przy ankylostomii ważne ma znaczenie ilość osobników, to przy *botriocephalus latus* jest to rzeczą obojętną. Dla objaśnienia tej różnicy autor przypuszcza, że pomiędzy *botriocephalus* tylko niektóre osobniki są trujące, jak to np. widzimy wśród mięczaków: niektóre osobniki *Mytilus edulis* w pewnych miejscowościach bywają niekiedy z niewiadomych dotąd przyczyn trującymi, podczas gdy setki innych — są zupełnie niewinne.

(Deut. med. Woch. Nr. 3. 1899).

Konwerski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dnia 17, I 1399.

1) DUDYŃSKI przedstawił chłopca 8-letniego, od 3 lat dotkniętego więdem rdzenia. Ojciec chłopca w 20-m roku życia przechodził syfilis i raz tylko w okresie objawów wtórnych, przeprowadził kurację swoistą. Chory jest najstarszem dzieckiem w rodzinie i przybył na świat po pięciu poronieniach. Aż do ostatnich czasów objawy choroby polegały, według opowiadania rodziców chłopca, na niemożności zatrzymywania moczu; od niedawna dopiero wystąpiły bóle świdrujące w kończynach dolnych. Badanie chorego wykazuje, że jest to chłopiec zbudowany prawidłowo, dobrze odżywiany, i umysłowo nad wiek rozwinięty; chodzi zupełnie prawidłowo; zauważyć się daje słaby objaw ROMBERG'a. Napięcie mięśni kończyn dolnych, bardzo słabe. Oddziaływanie mięśni i nerwów na prąd stały i przerywany zupełnie prawidłowe. Odruchy kolanowe oraz odruchy ścięgien ACHILLESA zniesione. Odruchy skórne, jak również odruchy ścięgniaste na kończynach górnych zachowane. Czucie dotykowe i bólowe na kończynach dolnych nieco osłabione. Badanie narządu wzroku [kol. КАМОСКИ] wykazało, co następuje: refrakcyja, akomodacyja, ostrość widzenia i obraz ziernikowy — prawidłowe; źrenice nierówne; prawa, szersza, nie oddziaływała wcale na światło; lewa oddziaływała słabo; na akomodację, obie źrenice oddziaływają, choć słabo.

2) SACHS przedstawił przypadek trądu, opisany w № 5 Gaz. Lek. z r. b.,

3) **ŚEDZIAK** odczytał rzecz, p. n.: „Zaburzenia krtaniowe w wιάdzie rdzenia“. Jest to część pracy ogólniejszej, która ukaże się w Gaz. Lek.

W dyskusyi **CIAGLIŃSKI** wyraża zdanie, że materiał, jakim rozporządzał prelegent, nie został należycie wyzyskany: nie uzasadniono dostatecznie rozpoznania wιάdu; badano chorych raz jeden, gdy tymczasem należało badać ich niejednokrotnie, w pewnych odstępach czasu, aby się przekonać, że dane objawy nie są przemijające, np. historyczne, wiadomo bowiem, że w przebiegu wιάdu rdzenia takie właśnie objawy historyczne występują dość często.

Tego samego zdania jest **LUBLINER**, który nadto zaznacza, że zaburzenia krtaniowe w wιάdzie rdzenia o tyle są ważne, o ile się przyczyniają do rozpoznania choroby, t. j. o ile występują bardzo wcześnie, gdy niema jeszcze danych do tego, aby rozpoznać wιάd.

ŚEDZIAK odpowiada, że porażenia rozwieraczy, jakie się daje spostrzegać w wιάdzie rdzenia, nie bywa nigdy w nerwicach czynnościowych; dość jest więc raz je stwierdzić, aby historyę w danym przypadku wyłaczyć.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.

— — — — —

Posiedzenie wydziału szpitali.

Po odczytaniu protokołu z posiedzenia poprzedniego przewodniczący **T. DUNIN** zaproponował, aby wydział wypowiedział swe zdanie w sprawie dwóch projektów, niedawno poruszonych, mianowicie: 1) przeniesienia szpitala Św. Rocha na terytoryum szpitala Św. Łazarza i 2) rozszerzenia szpitala Św. Ducha. Wniosek ten został przyjęty. Opracowania sprawy przeniesienia szpitala Św. Rocha podjęli się **CHROSTOWSKI** i **ŻERA**, zamierzając powołać do pomocy **A. CRECHOMSKIEGO**; sprawę zaś szpitala Św. Ducha przyrzekł przedstawić na następne posiedzenie **A. SOKOŁOWSKI**.

Następnie odczytano odezwę wydziału Hygieny ludowej w sprawie systematycznego stosowania szczepień powtórnych u wszystkich chorych, leczących się w szpitalach Królestwa Polskiego. Zastosowanie tego środka może dać kilkadziesiąt tysięcy szczepień powtórnych, dokonanych prawidłowo pod dozorem lekarskim, a jednocześnie może przyczyniać się do zmniejszenia uprzedzeń przeciwko szczepieniu wśród ludności uboższej. Należy nadto dodać, iż pośród chorych szpitalnych jest 10—15% zupełnie nieszczepionych—u tej więc kategorii dopełniałoby się pierwszego szczepienia. Jak wskazuje doświadczenie wieloletnie dra **SZWAJCERA** w szpitalu Zapasowym, a także próby, robione w innych szpitalach, szczepienie ospy nigdy nie wywiera ujemnego wpływu na przebieg choroby i nie wywołuje ofiar ze strony chorych.

Odezwę powyższą zgromadzeni przyjęli z uznaniem, zaznaczając przytem, że stosowanie szczepień powtórnych praktykuje się już w wielu szpitalach.

W sprawie sanatoryów dla suchotników przewodniczący zakomunikował, iż w odpowiedzi na wniosek wydziału Rada Towarzystwa Hygienicznego oświadczyła, że na mocy ustawy, bez uprzednich starań, może powołać społeczeństwo do składania ofiar na sanatoria. W tym celu Rada wybrała komisję i zwróci się z odpowiednią odezwą do czasopism. Wreszcie przewodniczący zakomunikował, że zebrano już przeszło 4,000 rb., oprócz zadeklarowanych 2,000 rb. na poprzednim posiedzeniu.

BR. CHROSTOWSKI zakomunikował, że p. Skibiński, inżynier, ofiarował do jego rozporządzenia 15 morgów gruntu, pośród lasów, na założenie uzdrowiska dla chorych piersiowych w dominium Gródek o 3 wiorsty od przystanku Józ-

fów dr. żel. Nadwiślańskiej. Na ten cel adwokat St. Rotwand zadeklarował 3,000 rb., CHROSTOWSKI ofiaruje 5,000 rb., nadto ma zapewniony materiał budowlany i deklarację na parę tysięcy rubli. Wnioskodawca projektuje zakład na 30 łózek. Budowa zakładu może być już ukończona w jesieni roku bieżącego.

DUNIN i SOKOŁOWSKI uważają projekt ten za nieodpowiedni, bo usiłowań nie należy rozpraszać w różnych kierunkach, lecz raczej należy starania swe i środki połączyć, aby pobudować od razu zakład, stojący na wysokości zadania.

Przechodząc do dyskusji nad odczytem DUNINA, prof. BARANOWSKI sądzi, że przedewszystkiem należy rozstrzygnąć pytanie: dla jakiej kategorii chorych mają być sanatoria: dla biednych, dla średnio lub więcej zamożnych? Wszystkich kategorii usiłowania nasze objąć nie mogą, bo potem środków nie będzie. Trzeba się ograniczyć do jednej kategorii. Dla suchotników z klasy ubogiej powinny budować zakłady szpitale z własnych funduszków lub z funduszków Rady Miejskiej. Projektowane obecnie sanatoria winny mieć na uwadze przedewszystkiem ludzi średnio zamożnych, którzyby mogli płacić 1,0—1,20 rub. dziennie za pobyt w sanatorium. Projekt ten ma nadto tę dobrą stronę, że otrzymywane tą drogą fundusze zmniejszą ciężar utrzymania zakładu. Przeciwno takiemu pogładowi wystąpili: DUNIN, Z. KRAMSZTYK, ZWEJGBAUM, BĄCZKIEWICZ, EDW. ZIELIŃSKI i MANDUK, dowodząc, że nie można skierowywać ofiarności społeczeństwa jedynie na rzecz średniozamożnych z wyłączeniem biednych, i że przeciwnie należy budować sanatoria dla różnych kategorii chorych, tem bardziej, że Rada Miejska nie posiada zupełnie funduszków na budowę specjalnych zakładów dla suchotników szpitalnych. M.

Wiadomości drobne.

— CH. ABADIE podaje wskazania do przecięcia nerwu współczulnego szyjowego. Stały stan pobudzenia nerwów, rozszerzających naczynia, wywołuje w pewnych narządach zaburzenia w odżywianiu, czego przykładem jest jaskra; długotrwałe rozszerzenie naczyń oka wywołuje nadmiar przesączania limfy, powiększenie ciśnienia, wreszcie zanik nerwów wzrokowych z powodu ucisku. Pobudzenie nerwów naczynio-ruchowych gruczołu tarczowego pociąga za sobą przerost i zwiększa jego czynności do tego stopnia, że następuje dobrze znany obraz choroby BASEDOW'a. Z tego powodu cierpienia na pozór tak różne, jak jaskra i wole, mogą być wyleczone za pomocą jednego i tego samego środka: przecięcia nerwu współczulnego szyjowego.

(*Revue de Chir.* № 11. 1898).

J. M.

— CALOT [Berck-sur-Mer] powstaje przeciwko zbyt pośpiesznemu przystępowaniu do wyluszczenia gruczołów szyjowych, ponieważ nader często można je wyleczyć bez uciekania się do cięcia, które w każdym bądź razie szpeci chorego. Nie podzielając obaw innych chirurgów co do następczego rozmiękczenia, autor z naciskiem zaznacza, że właśnie rozmiękczenie sprzyja wyleczeniu bez blizny i radzi stosować przekłucie tych małych zimnych ropni i wstrzykiwania za pomocą bardzo cienkiej igły odpowiednich środków. Jeżeli zaś nie następuje wessanie, ani też rozmiękczenie powiększonych gruczołów, lecz gruczoły pozostają w jednej mierze, wtedy autor również radzi czekać, starając się tymczasem wywołać jedno lub drugie za jakąbądź cenę. Co do pierwszego autor zaleca polepszenie stanu ogólnego, obmywania przeciwgnilnymi roztworami wszystkich okolic, które mogą mieć łączność z powiększonym gruczołem, i pobyt nad morzem; gdyby zaś i w tych warunkach gruczoły pozostały bez zmiany, wtedy należy postępować bardziej energi-

cznie: wstrzykiwania w miąższ gruczołu za pomocą igły PRAVAZ'a nalewki jodowej, wody z solą, *naphtholi camphorati*, wyjałowionych kolonii gronkowców lub paciorkowców, chlorku cynku, oleju terpentynowego, roztworu jodoformu w eterze często wywołują pożądaną zmianę; jednak dotychczas niewiadomo, który z tych płynów napewno prowadzi do jednego lub drugiego wyniku. Wogóle unikać trzeba środków, które wprawdzie pomagają rozmiękczeniu, jednak drażnią skórę (*ol. terebinthinae*), co przy podanem tu postępowaniu jest przeciwwskazaniem. Najlepsze wyniki autor otrzymał od 2% chlorku cynku: po 3—4 wstrzyknięciach, każde z dwudniową przerwą, 2,0—3,0 tego roztworu prawie zawsze następowało rozmiękczenie, podczas którego autor stosował wstrzykiwania *naphtholi camphorati*. Co do operacji wyluszczenia, to autor zaleca ją tylko w tych przypadkach, w których skóra uległa owrzodzeniu lub zniszczeniu na większej przestrzeni.

(*Revue de Chir. N^o 11. 1898*).

J. M.

Wiadomości bieżące.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Nowiny Lekarskie* N^o 2. L. SZUMAN. Spostrzeżenia, dotyczące leczenia dolegliwości pęcherzowych, z przerostu gruczołu krokowego wynikających. E. FLATAU. Ustrój nerwowy w świetle najnowszych badań. [C. d.]. J. SĘDZIAK. Kilka uwag w kwestyi operacyjnego leczenia raków krtani [Dok.]. — *Przegląd Lekarski* N^o 7. MARS. O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa kredytowego z uwzględnieniem naszego kraju. M. RUTKOWSKI. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków. [C. d.]. KACZKOWSKI. O unikaniu zacięku moczowego po cięciu nadłonowem i o nowym sposobie sączkowania pęcherza. — *Medycyna* Nr. 7. J. FUNK. O cierpieniach skóry, towarzyszących blednicy. M. KRAUSHAR. Kilka słów o krzywicy w Warszawie [Dok.].

— **Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych,** ogłasza, że z zapisu D-ra JANA BAĆCEWICZA 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 po rs. 90. 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 informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Nięcała Nr. 7]; na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów lekarskich przy Rządach gubernialnych [w guberniach Królestwa Polskiego].

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia,

Fr. Śliwicki.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

Dragées.

Dragées Acid. arsenicos. 0,001
" Aloës 0,10
" Balsami peruviani 0,05
" " " 0,05 c. acid. arsen. 0,001
" chinini ferro-citrici 0,05
" " muriatici 0,05
" " sulfurici 0,05
" camphorae bromat. 0,05
" extr. Cascar. sagrad. fluid. 0,5
" " Hydrast Canadens. fluid. 0,5
" " Rhei comp. 0,05
" " " simpl. 0,05
" " Valerianae spir. 0,1
" Ferri albuminati 0,5
" " carbonici Blandii minor. $\text{aa } 10,0=100.$
" " " Blandii major. $\text{aa } 15,0=100.$
" " " Blandii c. acid. arsen. 0,001.
" " Valletti
" " dialisati peptonati 0,05
" " lactici 0,05.
" " oxydulati Kirchmani
" Guajacoli carbonici 0,05
" " 0,05 c. extr. Belladon. 0,001

Granulae.

à 0,0005

Granulae c. Atrophin. sulfur Merck.
" " Digitalin. pur. Germ. Merck.
" " Strichnin. arsenicos. Merck.
" " " nitric. Merck.
" " Strophantin. Merck.
" " à 0,001
" " Acid. arsenicos. pur. alb. et ros.
" " Apomorphin. muriat. Merck.
" " Cocain. muriat. Merck.
" " Codein pur.
" " Chinini arsenicos. pur.
" " Ferr. arsenicos. pur.

Pilulae.

Pilulae Extr. rhei simpl 0,05
" " Cascar. sagrad. fl. 0,5 c. Cacao obd.
" " Ferri carbonic. Valletti c. argent. obd.
" " " " " Cacao obd.
*) " " carbonici-Blandii minor $\text{aa } 10,0=100.$
" " " Blandii major $\text{aa } 10,0=100.$
" " Kreozoti fagi 0,05 c. Cacao obd.

*) Zielone w rozłamie.

Dragées.

Dragées Guajacoli 0,05
" " 0,10 c. Codeino 0,01
" " 0,05 c. Acid. arsenicos. 0,001
" Hydrastinini hydrochlorici 0,025
" Ichtyoli 0,05.
" Jodoformi 0,05
" " " c. Acid. arsenicos. 0,001
" " " c. extr. Belladon. 0,001
" " " c. Morph. muriatic. 0,004
" Kreosoti carbonici 0,05
" " Fagi 0,03
" " " 0,05
" " " 0,05 c. Acid. arsenicos. 0,001
" " " 0,10
" " " 0,10 c. Acid. arsenicos. 0,001
" " " 0,15
" " " c. Balsam. toltutan. $\text{aa } 0,05$
" Picis 0,05
" pulv. Rad. Rhei 0,10

Granulae.

à 0,001

Granulae c. Kalii arsenicos. pur.
" " Natr. arsenicici. pur.
" " " arsenicos. pur.
" " Morphini acetic. pur.
" " " muriatic. pur.
" " 0,01
" " Podophilini pur.
" " à gutt I.
" " Liquor. arsenic. Fowleri
" " " Pearsoni
" " Tinct. Strophanti

Pilulae.

Pilulae Ferri carbonic. Blandii minor $\text{aa } 10,0=100$ c. argent. obd.
" " carbonic. Blandii minor $\text{aa } 10,0=100$ c. Cacao obd.
" " carbonic. Blandii major $\text{aa } 15,0=100$ c. argent. obd.
" " carbonic. Blandii major $\text{aa } 15,0=100$ c. Cacao obd.
" " Pepsini 00,5 c. Cacao obd.

zielone
w
rozłamie.

Dragées i granulki, cukrem powlekane, zarobione są zupełnie obojętymi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecyowym.

Wszelkie zamówienia na dragées i granulki z żółtą kompozycją apteka jaknajchętniej przyjmuje, lecz w ilości nie mniejszej jednego funta, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) małych tak pigulek jak i granulek jest niemożliwym.

APTEKA

Magistra farmacyi

H. KUCHARZEWSKIEGO.



Główny Skład wód mineralnych wprost
ze źródeł sprządzanych
Miodowa Nr 4.
awniej Senatorskiej, wprost Miodowej.

Zaopatrzoną jest w dostateczną ilość przenośnych przyrządów z balonami dla wdychania tlenu, które w każdym czasie bywają napełniane szybko i wydawane na miasto. Wdychania tlenu wracają szybko siły ludziom starym jakoteż wyniszczonym wskutek chorób lub zbytnej pracy umysłowej, słowem działają ożywczo i odmładzająco, są nadzwyczaj korzystne w przypadkach, gdzie chory ma zalecany pobyt na wsi, lub nad morzem, a nie jest w możności uskutecznienia tego.

Przyrząd składa się z balonu kauczukowego, zawierającego tlen, połączonego z naczyniem napełnionem wodą i pełniącym funkcję oczyszczenia gazu z ciał obcych, przypadkiem do balonu dostać się mogących; używa się, wdychając po 20 do 30 litrów tlenu codziennie przez 3—4 tygodnie. Dla Pp. lekarzy lub osób, potrzebujących powyższej kuracji na prowincyi, wysyła się kompletne aparaty z mieszaniną, służącą do otrzymania tlenu.

Nadto przyrządza się tlen z tlenkiem azotu.

12—10

Apteka posiada zawsze wszelkie nowe środki lekarskie na składzie.

Levico Najlepsza woda żelazista, zawierająca arszenik.

Dziesięciokrotnie rozcieńczona w wodzi, winie czerwonym lub piwie

☛ najtańsza, a przytem najskuteczniejsza ze wszystkich wód arseno-
żelazistych.

Ze względu na wypróbowany od dziesiątek lat i pewny sposób działania bardzo ceniona i zalecana przez prof. v. Bamberger'a, v. Braun-Fernwald'a, Billroth'a, Drasche'go, Kaposi'ego, von Krafft-Ebing'a, Monti'ego, Widerhofer'a etc. przeciw chorobom, polegającym na wadliwym składzie krwi. Działa specyficznie we wszystkich przypadkach, w których wskazane jest stosowanie żelaza lub jednocześnie obu środków. Dawka normalna 2—6 łyżek stołowych dziennie.

10—9

Apteka K. WENDY

OPATRUNKI WYJAŁOWIONE w Pracowni bakteriologicznej

D-ra Wł. Palmirskiego.

Wata	Bandaż.	6—4
Gaza	Tampony.	

Dla szpitali, zakładów leczniczych i aptek odpowiedni rabat.