

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O ZNACZENIU ROZPOZNAWCZEM

KREPITACYI (trzeszczeń)

przy wysiękach do jamy opłucnej.

PODAŁ

Franciszek Białokur.

lek. prakt. w Jałcie.



Zjawianie się krepitacyi w niektórych zapaleniach opłucny z płynnym wysiękiem — jest faktem, mało wogóle znanym i uwzględnianym w dyagnostyce klinicznej. Przynajmniej niektórzy klinicyści, wspominając o nim, uważają go za objaw przypadkowy i dla rozpoznawania zapaleń opłucny stanowczo żadnego znaczenia nie posiadający.

Zupełnie odrębny pogląd na znaczenie rozpoznawcze krepitacyi przy zapaleniach opłucny wypowiedział kol. Janowski¹⁾. Zdaniem jego, krepitacye te w obecności płynnego wysięku w jamie opłucny bynajmniej nie należą do rzadkości, a nawet w niektórych przypadkach mogą skierować na właściwe drogi nasze rozpoznanie, zwa-

¹⁾ Wł. Janowski. „O krepitacyach (trzeszczeniach) przy obecności płynu w jamie opłucny“. Gazeta lekarska, № 45 i 46, 1897 r.

szcza wtedy, gdy objawy, właściwe wysiękowi do opłucny, jak: stłumienie, osłabienie drżenia głosowego, oddech oskrzelowy i t. d., nie są wyraźne.

Janowski spostrzegł krepitacye u 30 chorych, u których w jamie opłucny zbierał się płyn. Próbne przekłucie, jakiego dokonano u wszystkich tych chorych, wykazało, że w rzeczy samej w jamach opłucny znajdował się u nich wysięk płynny.

Dalej, podług spostrzeżeń Janowskiego, krepitacye słyhać nie tylko ponad poziomem płynu, jak to utrzymuje Rosenbach, lecz i na całej przestrzeni, jaką zajmuje wysięk, i przytem mogą się one trzymać przez dość długi przeciąg czasu.

Krepitacye, spowodowane przez wysięk do opłucny, odróżniają się oprócz tego pewnymi objawami akustycznymi, które, przy pewnej wprawie ze strony spostrzegacza, pozwalają odróżnić je od tych krepitacyi, których przyczyna leży w samym mięszu płucnym, a mianowicie:

1) są one bardziej „wilgotne“, aniżeli krepitacye w pierwszym okresie zapalenia płuc;

2) są bardziej delikatne i bardziej powierzchowne, aniżeli t. zw. *rhonchi subcrepitantes* (rzężenia podtrzeszczące) przy zapaleniu oskrzelików (*bronchitis capillaris*);

3) bardziej zbliżają się do krepitacyi, jakie słyszymy w okresie rozejścia się zapalenia płuc włóknikowego, gdyż słyhać je jedynie podczas wdechu;

4) słyhać je tylko po jednej stronie klatki piersiowej, — fakt bardzo ważny dla odróżnienia zapalenia opłucny od niedodmy (atelectasis) lub obrzęku płuc u osób, znajdujących się w stanie charakteractwa, u których w tych razach krepitacye słyhać po obu stronach klatki piersiowej;

5) zapalenie płuc gruźlicze i zawał krwotoczny w płucach łatwo odróżnić na mocy objawów charakterystycznych, jakie posiadają;

6) rysem, najbardziej znamiennym dla krepitacyi, spowodowanych przez wysięk do opłucny, jest ich stałe umiejscowienie u podstawy płuc.

Jako przyczynę zjawienia się krepitacyi przy wysiękowym zapaleniu opłucny Janowski podaje ucisk płuca przez płyn, znajdujący się w jamie opłucny. Ściany pęcherzyków płucnych wskutek wywieranego nań ucisku zlepiają się podczas wdechu, a następnie podczas wydechu znowu się rozklejają. Owo szybkie rozklejanie się pęcherzyków płucnych podczas wdechu stanowi, zdaniem Janowskiego, przyczynę zjawiania się krepitacyi.

Takie są w krótkości wyłożone wnioski z pracy Janowskiego.

Obecnie pozwolę sobie przytoczyć własne spostrzeżenia, które po części potwierdzają, po części uzupełniają wnioski, przytoczone powyżej.

Przypadek 1-szy. E. W., lat 18. Do tej pory była zupełnie zdrowa, tylko od czasu (do czasu zjawiały się u niej wrzodzianki (*furunculi*), zastrzały (*panaritia*). Rodzice zdrowi, żyją dotychczas. W rodzinie nikt na płuca nie chorował. Na początku listopada 1898 roku, przeziębwszy się, straciła apetyt, od czasu do czasu miewała dreszczyki i ból w piersiach. Zaczęła źle sypiać. Kaszlu nie było. Stan takiego niedomagania trwał około tygodnia. Widząc, że środki domowe nie jej nie pomagają, chora 21-go listopada zwróciła się do mnie. Uskarżała się wtedy na ogólne osłabienie, ból w boku i dreszcze.

St. praes. Chora dobrze zbudowana. Prawy policzek bardzo czerwony. Temperatura 40.1, puls 124. W płucach przy opukiwaniu i wysłuchywaniu nie nieprawidłowego zauważyć nie można. Serce nieco zwiększone w wymiarze poprzecznym. Pierwsze tony niezupełnie czyste. Drugi ton nad tętnicą płucną wzmocony. Wątroba i śledziona nie wyczuwają się. Chora płwociny nie oddaje i wogóle nie kaszle.

Dnia 23/XI. Temperatura trzyma się na tej samej wysokości. Puls 130 uderzeń na minutę. Chora nie śpi. Uskarża się na silny ból w prawym boku, zwłaszcza w okolicy wątroby i nieco wyżej. Ból ten podczas ruchów oddechowych i przy naciskaniu zwiększał się. Tego samego dnia zauważyłem ze strony płuc nieznaczne zmiany, a mianowicie: lekkie stłumienie ztyłu, po stronie prawej i zdołu, mniej więcej na 2 palce poprzeczne. Na miejscu stłumienia oddech nieco osłabiony. Zprzodu nad wątrobą stłumienia zauważyć nie można, lecz po kilku odkaslnięciach chorej dają się słyszeć dość liczne krepitacje, podobne do tych, jakie spotykamy w zapaleniu płuc włóknikowym w okresie t. zw. rozejścia się.

D. 26/XI. Stłumienie odgłosu opukowego wyraźniejsze i zajmuje nieco większą przestrzeń (2½ palce). Na miejscu stłumienia oddech pęcherzykowy osłabiony z drobnymi trzeszczącymi rżęczeniami, słyszalnymi podczas wdechu. Temperatura trzyma się ciągle na tej samej wysokości (do 40°). Oddechów 44 na minutę. Puls 135. Chora nie poci się, nie kaszle. Nocami bredzi.

D. 28/XI. Stłumienie jak dawniej. Na miejscu stłumienia odgłosu opukowego oddech osłabiony z odcieniem oskrzelowym. Lekka

aegophonia (kozibek). Drżenie głosowe osłabione. Krepitacyi więcej; słycać je pasem na przestrzeni dwóch poprzecznych palców nad całą wątrobą z przodu i z tyłu. Chora nie kaszle. Zjawił się *herpes lingualis*.

D. 30/XI. Temperatura nieco spadła. Oddech na miejscu stłumienia stał się zaledwie słyszalnym. Krepitacye słycać jak dawniej pasem, lecz tylko nad linią stłumienia odgłosu opukowego. Plwociny chora wciąż nie oddaje. Nieznaczny suchy kaszel. Silne bóle w prawym boku.

Tak więc 30/XI, t. j. prawie w dwa tygodnie od początku choroby, wystąpiły niewątpliwe oznaki wysięku w jamie opłucny. Dlatego też następnego dnia zrobiłem próbne przekłucie w 8-em międzyżebżu po linii pachowej. Na pierwszy rzut oka przekłucie próbne dało wynik ujemny, lecz badanie mikroskopowe otrzymanej w strzykawce kropli krwi wykazało w niej obecność ciałek ropnych. Na drugi dzień zdecydowałem się powtórzyć przekłucie próbne, lecz więcej ku tyłowi i o jedno żebro niżej, t. j. w tem miejscu, gdzie stłumienie było najbardziej wyrażone. Tym razem cała strzykawka Pravaz'a napełniła się bardzo gęstą ropą. Ropa ta była bez zapachu i zawierała liczne gronkowce (*staphylococci*). W plwocinie, której udało mi się zebrać bardzo niewielką ilość, nie okazało się ani laseczników gruźliczych, ani laseczników influenzy.

D. 8/XII. Stan chorej znacznie się pogorszył. Stłumienie zjawiło się na całej przedniej powierzchni klatki piersiowej; na tem miejscu podczas wdechu słycać drobne, wilgotne rżenia, które nie zwiększają się ani po kilku odkaszlnięciach, ani też po głębokich wdechach. Szmer oddechowy po prawej stronie wszędzie osłabiony, pęcherzykowy. Dżenie głosowe osłabione. Oprócz tego nad całym mostkiem odgłos opukowy stłumiony. Uderzenie wierzchołka serca w 6-em międzyżebżu, nazewnątrz od linii sutkowej. Serce, prawdopodobnie, przesunięte ku stronie lewej. Gorączka typu zwalniającego. Puls 130.

D. 10/XII. Gorączka i obfite poty silnie chorą znużyły. Znamienne krepatyce słycać miejscami i na początku wydechu. Chora nie kaszle.

Dnia następnego, ponieważ stan chorej znowu się pogorszył, postanowiłem wypuścić jej ropę za pomocą aparatu Potain'a. Ponieważ w 7-em międzyżebżu ropy nie znaleziono, przeto trójgranic swój wprowadziłem w 9-tą przestrzeń międzyżebrową, więcej ku tyłowi, pod kątem łopatki, t. j. w tem miejscu, gdzie przy powtórznem przekłuciu otrzymałem poprzednio obfitą ilość ropy. Już przy nie-

znacznem rozrzedzeniu powietrza do butelki zaczęły ściekać krople ropy. W ciągu półgodziny wypompowałem w ten sposób 80 ctm. sześciennych ropy. Więcej ropy już nie szło.

Operacya ta miała znaczenie decydujące dla chorej, gdyż od tej chwili, t. j. od 13/XII, zaczęła się ona widocznie poprawiać. Typ gorączki pozostał jeszcze nadal zwalniający, lecz różnice we wznieśnieniach ciepłoty nie były już tak znaczne, poty zjawiały się tylko w nocy i nie były tak obfite, jak przedtem; wrócił sen i apetyt. Bóle w prawym boku zaczęły się zmniejszać. Krepitacye na miejscach stłumienia trwały jeszcze z miesiąc, zmniejszając się stopniowo, wreszcie zniknęły. Po trzech miesiącach stłumienie jeszcze pozostało, lecz krepitacye zniknęły zupełnie. Serce zostało przesunięte na lewo, zjawilo się wyraźne wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej. Odgłos opukowy nad kością piersiową, przedtem stłumiony, obecnie się przejaśnił. Szmer oddechowy i drżenie głosowe na całej przestrzeni prawego płuca osłabione.

Oto wyciąg ważniejszych danych z omawianej historii choroby, ciągnącej się przeszło cztery miesiące. W ciągu pierwszych dwóch tygodni stanowczo nie można było orzec, z czem mamy do czynienia.

Początkowo przypuszczałem, że mam przed sobą „*pneumonia crouposa centralis*“. Po dwóch dniach przypuszczenie moje zaczęło pozornie się sprawdzać: zjawilo się stłumienie z odgłosem bębnowym ztytu w dolnych częściach prawego płuca, na miejscu stłumienia słycać było wilgotne krepitacye, temperatura pozostała wysoka, jak przedtem, zjawil się *herpes lingualis*. Brak plwociny nie przemawiał też przeciw zapaleniu płuc włóknikowemu. Jedno tylko podawało w wątpliwość postawione przezemnie rozpoznanie, mianowicie: wyraźne osłabienie szmeru oddechowego i drżenia głosowego na miejscu stłumienia. Zazwyczaj już w początkowych okresach zapalenia płuc włóknikowego szmer oddechowy i drżenie głosowe (frem. pect.) do tego stopnia się potęgują, że dla ucha słuchającego robią niemiłe wrażenie. Lecz i to osłabienie szmeru oddechowego można było z pewnem naciągnięciem objaśnić na korzyść zapalenia płuc włóknikowego, zrobiwszy przypuszczenie, że ognisko zapalne środkowe wywiera ucisk na obwodowe części płuca, wywołuje w ten sposób jego niedodmę, która wraz z bólem osłabia szmer oddechowy. Wszak w dotkniętem niedodmą płucu mogą powstawać i krepitacye. Do przypuszczenia zawału krwotocznego w płucu nie miałem żadnych panych. Przy powtórnem badaniu tarcia opłucny nie było słycać

ani razu. Wskutek tego z początku zatrzymałem się na rozpoznaniu *pneumonia crouposa centralis*, ciągnącej powoli ku obwodowi.

Już jednak po upływie trzech dni musiałem odstąpić od powyższego rozpoznania, gdyż na miejscu stłumienia oddech zamiast się wzmożnić, znacznie osłabł, krepitacje zniknęły i zjawyły się nad miejscem stłumienia. Plwociny chora nie oddawała. Temperatura przyjęła charakter przestankowy. Zjawyły się obfite poty. Przytoczone powyżej objawy zmusiły mnie do przypuszczenia obecności płynu w jamie opłucny. Jak to powiedzieliśmy wyżej, przekłucie próbne wykazało w rzeczy samej obecność ropy w jamie opłucny.

Tak więc w danym przypadku nie mieliśmy zapalenia płuc włóknikowego, pomimo iż w ciągu 2-ch miesięcy słyhać było krepitacje. Oczywiście, już z samego początku choroby, kiedy chora czuła tylko ogólne niedomaganie, zaczęła się rozwijać swoista sprawa w jamie opłucnej — zapalenie ropne, które jednak nie dosięgło takiego stopnia, do jakiego zwykle dochodzą zapalenia ropne opłucny wtórne. Powstanie tego rodzaju sprawy w danym przypadku stawiam w zależności od panującej podówczas w Jalcie grypy (influenzy).

Ilość wysięku ropnego w danym przypadku była niewielka, dowodem czego są objawy kliniczne niepełnego ucisku płuca, następnie wyniki przekłuć próbnych, które w siódmej i ósmej przestrzeni międzybrowej po linii pachowej nie wykazały obecności ropy, wreszcie zupełne wessanie się wysięku po tak niewinnej operacji, jak wypompowanie 80 ctm. sześć ropy za pomocą aparatu Potain'a. Największa ilość wysięku zebrała się na samym dole jamy opłucnej, natomiast w górnej części, a zwłaszcza w okolicy mostka, najprawdopodobniej wytworzyła się gruba błona fałszywa, dająca objawy stłumienia odgłosu opukowego, jak również objawy dynamicznej niedodmy płuc. Mówię „dynamicznej“, gdyż o prostym ucisku mechanicznym mowy być nie może.

Przypadek 2-gi. P. S., lat 32, robotnik w winnicy. W wywiadach nadużycia alkoholu. Dwa razy przedtem chorował na zapalenie płuc. Tydzień temu dostał silnego kataru, kaszlu i wogóle zaczął niedomagać.

Status praesens. D. 1/I. Osobnik dobrze zbudowany. Nogi nieco obrzęknięte. Robi wrażenie ciężko chorego. Temp. 41^o, p. 122, r. 42. Uskarża się na silny ból głowy i na nieznaczące bóle w lewej połowie klatki piersiowej. Opukiwanie wykazuje stłumienie ztyłu, na lewo i u dołu na przestrzeni mniej więcej trzech palców poprzecznych. Półksiężycowa przestrzeń Traube'go wolna. Przy wy-

słuchywaniu dają się zauważyć na całej przestrzeni lewego płuca rozrzucone suche rżenia, a na miejscu stłumienia odgłosu opukowego szmer oddechowy nieco osłabiony, pęcherzykowy, z licznymi krepitacjami, podobnymi do tych, jakie słyszymy przy zapaleniu płuc włóknikowem w okresie rozejścia się; krepitacje po kilku odkaszlnięciach stają się jeszcze wyraźniejszymi. Drżenie głosowe osłabione. Chory nocami mocno się poci i odpluwa obfitą, ciągnącą się, pianistą, rdzawą plwociną, w której jednak badanie mikroskopowe czerwonych ciałek nie wykazało. Badanie bakteriologiczne wykazało w niej obecność laseczników influenzy Pfeiffer'a; pneumokoków Fraenkel-Weichselbaum'a i laseczników Kocha nie znaleziono.

Zdawało się, że objawy kliniczne przemawiały za zapaleniem płuc włóknikowem; zwłaszcza mówiły za tem bardzo obfite krepitacje, występujące wyraźniej po kilku odkaszlnięciach, i charakterystyczna plwocina.

Ponieważ na mocy przytoczonych powyżej objawów nie można było orzec stanowczo, czy mamy do czynienia z zapaleniem opłucny, czy też z ogniskiem zapalnym, wykonałem próbne przekłucie pod 9-em żebrem, które wykazało obecność w jamie opłucny surowiczoropnego płynu. Drobnoustrojów w nim nie znaleziono, za to dały się zauważyć dość liczne kropelki tłuszczu.

W trzy dni po przekłuciu próbnem temperatura spadła do normy, krepitacje znikły prawie zupełnie, natomiast zjawilo się tarcie opłucny na dość znacznej przestrzeni. W moczu znaleziono białko.

D. 10/I. Krepitacyi nie słyhać. Stłumienie zdołu i zlewa trwa ciągle. Szmer oddechowy na miejscu stłumienia osłabiony. Tarcie opłucny słyhać na dużej przestrzeni na lewo, z dołu, z tyłu i z przodu. Suche trzeszczenia słyhać jeszcze na całej przestrzeni płuc. Temp. 37^o, P. 80, R. 25. Chory nie poci się. Śpi dobrze. Apetyt ma doskonały. Plwociny daje bardzo mało. Kaszlu nie ma.

D. 20/I. Stłumienie z tyłu i na lewo trwa w dalszym ciągu. Na miejscu stłumienia oddech osłabiony, przytem pęcherzykowy. Tarcia opłucny nie słyhać. Na miejscu stłumienia dają się słyszeć, zwłaszcza pod koniec wdechu, delikatne krepitacje, które po odkaszlnięciu nie wzmagają się. Temp. 36.8^o, P. 78. Stan wogóle dobry.

Przypadek 3-ci. D. 5/I 1899 r. przyszedł do mnie chory L. N., mający lat 32, skarżąc się na silny ból głowy, suchy kaszel, ogólne osłabienie i ból przy oddechaniu z lewej strony klatki piersiowej. Od czasu do czasu dostaje obfitych potów. Chory od dni 4-ch. Przed tygodniem został pobity w jakiejś utarczce; obecnie jeszcze

widać na głowie 4 głębokie, dochodzące do kości rany. Temperatura 39.2°, P. 124.

Przy uważnem lekkim opukiwaniu płuc zauważyć można ztyłu, po stronie lewej i zdołu bardzo nieznaczne stłumienie na 2 palce szerokości. Na całej przestrzeni lewego płuca słyhać liczne suche i wilgotne rżenia. Na miejscu stłumienia szmer oddechowy niezmienny, drżenie głosowe nieco osłabione i słyhać również suche i wilgotne rżenia podtrzeszczące (*rhonchi subcrepitantes*), tylko daleko liczniejsze. Półksiężycowa przestrzeń Traubego zwykłej wielkości.

Pomimo, iż mieliśmy do czynienia z influenżą, oraz z zajęciem oskrzelików, zacząłem jednak podejrzewać obecność w jamie opłucny ropnego wysięku.

Rzeczywiście udało mi się otrzymać z pod 10-go żebra ztyłu za pomocą dwóch przekłuć próbnych niewielką ilość krwi, w której mikroskop wykazał domieszkę ciałek ropnych.

Chorego widziałem jeszcze raz po upływie dwóch dni. Stan jego wtedy był następujący: Temp. 36.8°, P. 82. Stan ogólny i samopoczucie dobre. Kaszel niewielki. W płucach bardzo mało suchych rżeń. Stłumienie pozostało po dawnemu, a na miejscu stłumienia słyhać krepitacye nieliczne, przytem tylko po odkaszlnięciu.

Chory więc szybko się poprawił po influenży, powikłanej zajęciem oskrzelików i ropnem zapaleniem opłucny. Gdyby nie bardzo wyraźne objawy ze strony miąższu płucnego na miejscu zajętej opłucny, ropna sprawa w danym przypadku byłaby przeoczona, tem bardziej, że stłumienie z tyłu i na lewo było tak nieznaczne, iż można było nie zwracać nań żadnej uwagi.

W niniejszej swej pracy starałem się wykazać, że w zapaleniu opłucny (pierwotnem, towarzyszącem zapaleniu płuc lub następującem po niem) często brak zupełnie objawów ze strony opłucny i na sprawę tę wskazywać mogą jedynie objawy ze strony płuc, pomiędzy którymi na pierwszym miejscu stoją różnorodne rżenia. Tak np. w pierwszym przypadku, pomimo iż miąższ płucny był zupełnie wolny od sprawy zapalnej, podczas dwóch miesięcy słyhać było jedynie krepitacye i ani razu nie było słyhać tarcia opłucny. W drugim przypadku obok zapalenia opłucny istniało jednocześnie zajęcie oskrzeli, — tu również zapalenie opłucny dawało typowy obraz kliniczny ogniska, właściwego zapaleniu płuc włóknikowemu ze znamionami krepitacyami, występującymi przeważnie w okresie wdech.

W trzecim przypadku krepitacyi nie było wcale słyhać, a na obecność płynu w jamie opłucny wskazywało jedynie potęgowanie się objawów ze strony płuc. Na nieznaczne stłumienie można było z początku nie zwrócić wcale uwagi.

Z dostępnej mi literatury dowiedziałem się, iż Rosenbach spostrzegał dość często przy zapaleniach opłucny najróżnorodniejsze rżenia i trzeszczenia, którym żadnego szczególnego znaczenia dyagnostycznego nie nadaje. Zdaniem jego, zapaleniu opłucny towarzyszy często zapalenie oskrzeli lub płuc, warunkujące zjawienie się tych rżeń i krepitacyi, albo też wywołuje je w pewnych warunkach wysięk z opłucny. Tym więc sposobem Rosenbach uważa te rżenia i trzeszczenia w zapaleniu opłucny za zjawisko wtórne, które niekiedy rozpoznanie zaciemnia, a nie rozjaśnia.

Daleko wyraźniej o roli w tych razach objawów płucnych wypowiada się Biegański, który w swej „Dyagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych“ przeprowadza nawet rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zapaleniem oskrzeli, a nieznacznym wysiękiem do jamy opłucny, a mianowicie:

1) w zapaleniu opłucny chorzy najczęściej dostają silnych bólów, których przy zapaleniu oskrzeli nie bywa;

2) suche rżenia i krepitacye w zapaleniu opłucny najczęściej umiejscawiają się w jednym płucu i przytem w dolnych jego częściach, gdy tymczasem rżenia oskrzelowe rozrzucone są po obydwóch stronach klatki piersiowej;

3) zapalenie opłucny, nawet w stopniu najlżejszym, przy uważnem opukiwaniu, daje choć niewielkie stłumienie, czego w zapaleniu oskrzeli nigdy nie bywa;

4) szmer oddechowy w zapaleniu opłucny bywa zawsze mniej lub więcej osłabiony;

5) tarcie opłucny posiada tu w rozpoznawaniu różniczkowem znaczenie rozstrzygające, często jednak przy zapaleniu opłucny niestety go nie bywa.

Zupełnie stanowczo wypowiada swe zdanie o znaczeniu krepitacyi w zapaleniu opłucny Janowski. Uważa on je nawet za objaw protognomoniczny dla tych postaci zapalenia opłucny, w których objawy zasadnicze są wyrażone bardzo słabo. Podług spostrzeżeń Janowskiego krepitacye te posiadają szczególne cechy akustyczne, wyodrębniające je od krepitacyi, właściwych zapaleniu płuc włóknikowemu. O tych rysach znamienych wspomniałem już na początku.

Źródło powstawania tych charakterystycznych krepitacyi Janowski upatruje w ucisku płuc przez wysięk: prąd powietrza, wrywając się nagle do najdrobniejszych oskrzelików i pęcherzyków płucnych, sklejonych za pomocą śluzu i gwałtownie je rozklejając, powoduje owo wyżej opisane trzeszczenie. Tłómaczenie to zgadza się w zupełności z wynikami badań doświadczalnych, które czynił Wintrich, wywołując sztucznie owe krepitacje w wykrajanem i uciskanem płucu. Wszak wysięki do jamy opłucny przedewszystkiem wywołują ucisk płuca, nie też dziwnego, że przy nich dadzą się spostrzegać omawiane krepitacje.

Ja ze swej strony uważam za stosowne dodać, że jest rzeczą bardzo prawdopodobną, iż owe trzeszczenia mogą powstać z włóknikowego nalotu na opłucny, tem bardziej, że podobne objawy akustyczne powstają i bez udziału pęcherzyków płucnych, jak np. przy tarciu włosów, pękaniu soli, tarciu śniegu i t. p.

Nie mogę wcale zgodzić się z Janowskim, jakoby krepitacje, zależne od wysięku do jamy opłucny, odznaczały się jakąś szczególną właściwością, pozwalającą odróżnić je od krepitacyi, spowodowanych zapaleniem włóknikowem tkanki płucnej. W pierwszym z opisanych przezemnie przypadków posiadały one rzeczywiście wszystkie cechy, o których wspomina Janowski: były one bardziej wilgotne, aniżeli krepitacje w pierwszym okresie zapalenia płuc; bardziej delikatne i powierzchowne i najwięcej zbliżały się do krepitacyi, spostrzeganych w końcowym okresie zapalenia płuc włóknikowego, w okresie t. zw. „rozejścia się“, t. j. słyhać je było tylko podczas wdechu. Jednak w moim przypadku słyhać je było nietylko w dolnych częściach, lecz i po całej przedniej powierzchni prawego płuca, a oprócz tego ilość krepitacyi po odkaszlnięciach wcale się nie zwiększała.

W drugim przypadku, w którym ilość wysięku była względnie większa, krepitacje utraciły dopiero co opisane cechy krepitacyi, właściwych zapaleniu opłucny, naśladowały trzeszczenia, właściwe zapaleniu włóknikowemu płuc, zwiększając się liczebnie w znacznym stopniu po każdym odkaszlnięciu.

W trzecim przypadku, w którym warstwa przypuszczalnego wysięku, prawdopodobnie, była nadzwyczaj mała, wcale nie słyzałem krepitacyi i uwagę moją na obecność sprawy wysiękowej w opłucny zwróciło przedewszystkiem zwiększanie się miejscowe objawów klinicznych.

Otóż więc na podstawie własnych spostrzeżeń nie mogę wcale twierdzić, że krepitacje, zależne od obecności płynu w jamie opłucny,

odróżniają się jakimiś szczególnymi cechami. Przeciwnie, charakter ich zmienia się, zależnie od ilości, jakości i umiejscowienia wysięku, od okresu choroby, głębokości oddechu i t. d.

Spostrzegalem i wilgotne rżenia i suche trzeszczenia i delikatne, powierzchowne, i bardziej grube, głębokie krepitacje. Najczęściej zdarzało mi się słyszeć je jedynie podczas wdechu, lecz raz zauważyłem je nawet na początku wydechu.

Odkaszlnięcia zwykle nie miały żadnego wpływu na krepitacje, w innych razach ilość ich po kaszlu znacznie wzrastała. W niektórych przypadkach (moje trzecie spostrzeżenie), pomimo sprzyjających warunków dla powstawania krepitacji, nie zjawiają się one wcale, na obecność zapalenia opłucny wskazują w tych razach suche rżenia i ból.

Być może, wielu pomyśli sobie, czy warto tyle pisać z powodu cech odróżniających te dwa rodzaje krepitacji, skoro próbne przekłucie od razu rzecz rozstrzyga. Mojem zdaniem warto, a to dla tych powodów:

1) przekłucie próbne bądź co bądź przedstawia operację, niekiedy dosyć bolesną, niekiedy wymagającą należytej kontroli i nie zawsze wykonalną;

2) przekłucie próbne pozostanie zawsze, że tak powiem, metodą, uzupełniającą badanie, gdyż przed jej wykonaniem w umyśle spostrzegacza powinna powstać wątpliwość co do sprawy patologicznej w jamie piersiowej, t. j. zbiór objawów powinien przemawiać i na korzyść zapalenia opłucny i na korzyść zapalenia płuc. Wtykać igłę przy każdej sprawie, zachodzącej wewnątrz klatki piersiowej, niema potrzeby.

Dlatego też ściśle określenie znaczenia rozpoznawczego krepitacji w wysiękach i przesiękach do jamy opłucny jest korzystnym ze stanowiska nie tylko teoretycznego, lecz i praktycznego. Należy pamiętać, że przy każdym zapaleniu płuc, zwłaszcza w jego okresie początkowym, i w niewielkim nagromadzeniu się płynu, powstają wszystkie warunki, niezbędne do zjawienia się krepitacji.

Jak wogóle w patologii objawów patognomicznych jest mało, tak również i t. zw. charakterystyczne krepitacje posiadają znaczenie patognomiczne o tyle, o ile występują wraz z innymi objawami. W gruncie rzeczy charakterystyczne i znamienne krepitacje nie istnieją, a istnieje jedynie zbiór objawów, jako coś całego, co leży u podstawy dyagnosyki.

Przywykliśmy uważać tarcie opłucny za jedno z najbardziej zwykłych i naturalnych następstw zapalenia opłucny z nieznacznym

wysiękiem. Zdaje się, że dyagnostyka kliniczna daleko więcej wygra, jeśli za główne następstwo wysięku do jamy opłucny uważać będziemy ucisk płuca i jeśli inne objawy wyprowadzać będziemy dedukcyjnie z tego ucisku. Wtedy i zajmujące nas krepitacje w patologii wysięków z opłucny będą należycie ocenione i oświetlone.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

1. *Patologia i medycyna wewnętrzna.*

512. Prof. Baumgarten. *Przyczynki do nauki o naturalnej odporności.* („Beiträge z. Lehre von der natürlichen Immunität.“ — Odczyt na III-im posiedzeniu Tow. patol. niemieck.).

Czasowe powstrzymanie rozwoju pewnych bakterji, przeniesionych do surowicy świeżej krwi, tłómaczone przez Buchnera obecnością w surowicy pewnego białka do enzymy podobnego, które ma posiadać własności bakterjyobójcze, autor stara się objaśnić za pomocą swojej *teoryi naruszonej asymilacji*.

Opiera się zaś zarówno na doświadczeniach ucznia swego Jettera z r. 1892, który dowiódł, że i inne płyny absolutnie nietrujące, jak np. fizyologiczny roztwór soli kuchennej, wywierają na bakterje takież samo jak surowica działanie, jak również na najnowszej pracy swego asystenta Walza, w której sam uczestniczył, a która ukazała się w sierpniu r. b. Ta ostatnia praca, jako oparta na nowszych danych bakterjologii i sposobach badania, jest we wnioskach swych donioślejszą, w założeniu zaś opartą na dawniejszych badaniach Jettera. Jetter tłómaczył fakt wstrzymania rozwoju bakterji po przeniesieniu ich do surowicy nie działaniem jadu, lecz trudnością przystosowania się na razie do chemicznie odmiennego ośrodka.

Dokładniejsze drobnowidzowe badania bakterji w różnych okresach ich walki o byt pod wpływem przeniesienia ich do odmiennego pod względem fizyczno-chemicznym ośrodka, skłoniły Walza i autora do przypisania zmienionych warunków żywotności bakterji głównie zaburzeniom w sprawach asymilacyjnych, oraz osmozie, pod wpływem ośrodka, posiadającego odmiennie ciśnienie osmotyczne.

Prace Fischera nad plasmolizą bakterji dały powód do drobnowidzowego badania bakterji przeniesionych do surowicy krwi i rzuciły wiele światła na sprawę. Najlepiej nadawały się do badań bakterje węglik, które już po kilku minutach do 1/2 godziny przedsta-

wiały zjawiska plasmolyzy. Nadto, ponieważ Buchner przypisywał zabójcze własności jadowi, podobnemu do enzymy, badał autor zachowanie się bakterii w prawdziwych enzymach, jak trypsyna, pepsyna, i przekonał się, że enzymy nie działają zabójczo, a nawet dla niektórych bakterii są doskonałym ośrodkiem odżywczym. Zresztą, niema żadnego podobieństwa pomiędzy zmianami postaci bakterii w enzymach i w surowicy. Nie ulega też wątpliwości, że zmiany w bakterjach przeniesionych do surowicy polegają jedynie na plasmolyzie. Według Fischera, plasmolyza nie jest bakteryobójczą, po jej ustąpieniu można śledzić pod drobnowidzem silny rozrost bakterii, dlatego zaś jest przyczyną doraźnego powstrzymania rozwoju bakterii, że bakterie resp. komórki w stanie plasmolyzy stają się bardzo wrażliwymi na wszelkie zewnętrzne szkodliwości, jak szybka zmiana ośrodka odżywczego, różnice ciepłoty i t. d., nagle jej występowanie wstrząsa konstytucją drobnoustrojów. Wszystkie te szkodliwe warunki działać muszą, gdy bakterie z surowicy, w której ulegają plasmolysie, zostaną przeniesione do płynnej żelatyny/ lub ciepłego agaru z jego małą zawartością soli. Bakterie mogą wtedy być tak uszkodzone, że przestają się rozmnażać.

Zarzut możliwości zapobieżenia złym skutkom dla bakterii przez uprzednie ogrzewanie surowicy, które to ogrzewanie nie zmienia jakoby ani zawartości soli, ani plasmolyzy, odpiera autor dowodzeniem, że właśnie zmienia się plasmolyza przez ogrzanie surowicy i inna jest w ogrzanej, inna zaś w nieogrzanej surowicy. Walz w szeregu bardzo pouczających doświadczeń wykazał, że wielką jest różnica w działaniu na bakterie podług tego, czy działa sam roztwór soli lub w połączeniu z materiałem odżywczym. A mianowicie, im większą jest wartość odżywcza danego materiału dla danych bakterii, tem więcej osłabia on złe działanie soli. Polega to na tem, jak wykazują badania drobnowidzowe, że plasmolyza wyrównywa się daleko szybciej w przyjaznych warunkach odżywiania, niż w braku tychże. Ogrzewanie jest w stanie dostarczyć bardziej odżywczego materiału przez przypuszczalną zamianę części surowiczego białka w pepton. Gdyby tłumaczenie Buchnera, że ogrzewanie niszczy jad, było prawdziwym, to ogrzana surowica powinna tracić bakteryobójcze własności względem wszystkich bakterii, których rozwój zostaje powstrzymany w nieogrzanej. A tak nie jest. Podług Walza ogrzana surowica traci działanie bakteryobójcze na bakterie np. tyfusowe, lecz nie na wąglikowe (dla których, aby zredukować bakteryobójcze działanie na nich surowicy, potrzeba dodać do tej ostatniej 1% peptonu i 1% cukru) Sprzeczność tę, której nie wyjaśnia teoria jadu, objaśnia pogląd teoretyczny autora, poparty badaniem drobnowidzowym.

Jeżeli lasecznik tyfusu rozwija się szybciej i żwawiej w ogrzanej niż w nieogrzanej surowicy, to jednocześnie okazuje się, że plasmolyza w ogrzanej surowicy występuje w słabszym i mniej trwałym stopniu; a jeśli znów lasecznik wąglika rozwija się mało co gorzej w ogrzanej niż nieogrzewanej surowicy, to i plasmolyza w obu razach mało się różni. Wypada stąd, że i usiłowania sparaliżowania

działania surowicy (Inactivirung) przez ogrzewanie nie osłabia znaczenia plasmolyzy na zjawiska t. zw. bakteryobójczego działania surowicy krwi, gdyż stopień plasmolyzy zachowuje się proporcjonalnie do tego działania.

Właśnie to doświadczenie z ogrzewaniem wykazuje, zdaniem autora, ważną rolę, jaką odgrywa kwestya odżywiania w t. zw. bakteryobójczym działaniu surowicy. *Plasmolyza w połączeniu z zaburzeniami asymilacyi jest zatem główną przyczyną powstrzymania rozwoju i to zjawisko nie dowodzi, jak sądzono dotąd, bakteryobójczego działania surowicy, lecz jest zjawiskiem wtórnem.*

Przeciwbakteryjne działanie surowicy w znaczeniu, że w surowicy znajdują się substancje bakteryobójcze, nie znajduje potwierdzenia w przytoczonej pracy. Autor wogóle wątpi o istnieniu takich substancji, któreby nie szkodziły ustrojowi. Wszystkie dotychczas znane jady dla bakterji są zarazem jadami dla protoplazmy. Doświadczenia nad t. zw. bakteryobójczym działaniem surowicy zdają się przemawiać za tem, że naturalna odporność pewnych gatunków, ras i osobników na pewne zakażenia polega na tem, że te gatunki lub osobniki nie przedstawiają właściwej chemicznie gleby odżywczej dla życia i rozwoju odpowiedniego bakterji. Za mało znamy porównawczą chemię krwi i tkanek, aby 1) większe od znanych nam dotychczas różnic chemicznych módz wykluczyć, a 2) różnice te chemiczne nie potrzebują być tak znaczne, skoro, jak widzimy, małe dodatki peptonu, cukru lub gliceryny mogą już glebę podatną zmienić na odporną dla pewnych bakterji i vice versa. Autor wskazuje jako pożądane kierunki uzupełnianie wiadomości o chemicznym składzie krwi i fizyologii odżywiania bakterji.

Rzeczniowski.

513. W. M. Haffkine. **O szczepieniach ochronnych.** („Ueber Schutzimpfung.“ Wien. Medic. Presse, № 39, 40, 1899).

Zasada szczepień ochronnych opartą jest na spostrzeżeniu, że osobniki po przejściu napadu pewnej choroby stają się odpornymi przeciwko powtórnemu zapadnięciu na tęż chorobę. Wychodząc z tej zasady, szczepiono osobom zdrowym zarazki chorobotwórcze, które pierwiej przy pomocy różnych zabiegów robiono nieszkodliwemi, aby wywołać sztucznie taką odporność. Przyczyną wielu rozczarowań i omyłek, jakim podlegali pierwsi badacze w tej dziedzinie, była ta okoliczność, że pomyslnie rezultaty, otrzymywane w jednej chorobie, zbyt szybko uogólniano i niedość jasno zdawano sobie sprawę z zawartości i istoty działania materiałów szczepiennych. Autor ustanawia przedewszystkiem dwa fakty. Po pierwsze, przy chodowaniu drobnoustrojów chorobotwórczych w substancjach płynnych otrzymujemy dwa pomieszane ze sobą składniki, które ściśle odróżniać od siebie należy, mianowicie: ciała drobnoustrojów, z jednej strony i płyn, zawierający w sobie produkty przemiany materji tych-

że, z drugiej. Po drugie, działanie każdej z tych dwóch składowych części jest różne, jak również zależy ono od gatunku zwierzęcia, podlegającego szczepieniu i gatunku samego drobnoustrojów. Dlatego należałoby dla każdej choroby i dla każdego rodzaju zwierzęcia zbadać osobno wartość leczniczą i ochronną szczepienia, aby dojść do możliwie pewnych wyników.

Autor opisuje szczegółowo rezultaty badań, robionych nad szczepieniem cholery i moru.

Badania nad szczepieniem cholery robione były na szeroką skalę w Kalkucie, gdzie endemiczny charakter choroby przedstawiał najdogodniejsze warunki dla pracy. Zrobiono 8,000 szczepień, obserwacja zaś obejmowała dwuletni okres czasu. Badania wykazały, że szczepienie nie wpływa wcale na względną śmiertelność w tej chorobie, to jest na procent wypadków śmierci wśród ludzi, już zapadłych na cholere. Natomiast na absolutną śmiertelność i na ogólną liczbę zaszłań szczepienie cholery ma wpływ niezaprzeczenie dodatni i to dość znaczny. Stosunek ilości zaszłań u osób szczepionych do ilości zaszłań u osób, nie podległych szczepieniu, wynosił 1 : 22.62. Po upływie 14-tu miesięcy stosunek ten się zmienił i (w okresie od 421-go do 738-go dnia obserwacji) wynosił tylko 1 : 1.54. Stąd wysnuć się dają 2 wnioski: popierwsze, działanie uodporniające wacekny cholery w dotychczas stosowanych dawkach rozciąga się na czas mniej więcej 14-tomiesięczny; po drugie, szczepienie cholery należy do tej kategorii szczepień, przy pomocy których osiągnąć tylko można zmniejszenie ogólnej ilości zaszłań, żadnego zaś wpływu na przebieg choroby i względną odsetkę śmiertelności wyrzec nie można. Omawiając fakt powyższy, autor zastanawia się nad istnieniem dwojakiego rodzaju rezultatów, osiągniętych przy szczepieniach: albo uzyskujemy odporność przeciwko wtargnięciu zarazka do organizmu i tem samem zmniejszamy ogólną ilość zaszłań na daną chorobę; lub też wpływamy tylko na złagodzenie przebiegu choroby i tem zmniejszamy procent t. zw. względnej śmiertelności. Pierwszy rezultat osiągamy przez używanie do szczepień samych ciał drobnoustrojów, co ma miejsce właśnie przy szczepieniu cholery, drugi przy szczepieniu substancjami, zawierających produkty przemiany materii drobnoustrojów.

Wnioski powyższe, wyciągnięte z obserwacji nad szczepieniem cholery, pragnął autor zastosować w swoich badaniach nad morem i szczepieniem ochronnem w tej chorobie. Aby otrzymać jednocześnie oba rezultaty szczepienia, o których wyżej mowa, potrzebna była, jako materiał szczepienny mieszanina, zawierająca ciała pasożytów, jak również produkty ich przemiany materii. W tym celu używał autor bulionu, zawierającego kultury moru, hodowane w przeciągu 6 tygodni, i następnie ogrzanego do 70° C. Badania, dokonywane na ludziach w Indyach, dały wyniki następujące: 1) Odsetka zaszłań pomiędzy osobnikami uodpornionymi była kilka razy mniejszą od odsetki pomiędzy nieuodpornionymi. 2) Przebieg choroby u osób uodpornionych był o wiele łagodniejszy, a śmiertelność była w stosunku 80 — 90% mniejszą od śmiertelności u osób nieuodpor-

nionych. 3) Szczepienie moru nie jest połączone z żadnym dla pacjenta niebezpieczeństwem, choć wywołuje lekką reakcję ogólną. 4) Stan ten ogólnego niedomagania nie czyni osobnika mniej odpornym na zakażenie. 5) Szczepienie, stosowane w okresie inkubacyjnym choroby, nie wpływa ujemnie na jej przebieg. 6) Działanie uodporniające okazuje się już widocznym w 12 godzin po szczepieniu. 7) Czas trwania uodpornienia wynosi 4 — 6 miesięcy, to jest długość przeciętnej epidemii. 8) Dawka wyżej opisanego materiału szczepiennego wynosi 3 cent. sześć. Wyniki więc, osiągnięte tą metodą, są, jak widzimy, bardzo pomyślne, a zasługują szczególnie na uwagę, gdyż badania wykonywane były ze szczególną dokładnością i sumiennością.

Autor wskazuje jeszcze na dur brzuszny, jako na chorobę, szczególnie nadającą się do prób szczepiennych. Myśl tę nasuwa autorowi analogia, jaka zachodzi między lasecznikami duru i drobnoustrojami cholerycznymi pod względem ich stosunku do organizmów ludzkich i zwierzęcych. Do prób w tym kierunku skłaniać powinna szczególnie ta okoliczność, że obie te choroby wraz z morem należą do tej kategorii zakażeń, z którymi walka zapobiegawcza zapomocą izolacji i dezynfekcji jest niewystarczającą.

Z. Grudziński.

514. L. Netter. **Chemizm żołądka u ssawców karmionych mlekiem wyjąłowionem.** (Progr. Méd., 40).

Chemizm trawienia u ssawców zaledwie został poznany w roku 1888 z prac Leo i z prac w klinice Senatora. Od tego czasu mamy wiele prac poświęconych temu przedmiotowi, zestawienie ich jednak nie daje nam wielu odpowiedzi na wynikające w toku badań pytania.

Wiadomo, że mleko niezupełnie trawi się w żołądku i że trypsyna odgrywa w trawieniu białka rolę wybitną. Pewna rola w trawieniu przypada też sokowi kiszkowemu i żółci, tym więc sposobem trawienie żołądkowe u ssawców jest tylko jedną z faz trawienia. Szczególniej zaś mało badano dzieci karmionych mlekiem wyjąłowionem od pierwszych chwil życia.

Tu zaznaczyć należy, że dotąd z prac Leo znana jest kwaśność ogólna, Wohlmann, Heubner, Van Putereu, Jakseh, Moncorvo prowadzili badania w tym samym kierunku. Clopatt w r. 1892, badając zawartość u dzieci karmionych mlekiem krowiem metodą Winter Hayema, doszedł do wniosku, iż czynność użyteczna żołądka jest większa u dzieci karmionych naturalnie, niż u karmionych sztucznie. Hayem, badając zawartość żołądka u dzieci w różnych okresach czasu po jedzeniu, doszedł do wniosku, iż szczyt trawienia wypada na 30 minut po karmieniu. Przy karmieniu sztucznym nadto stwierdził większą ilość chlorków w soku żołądkowym, prawie taką samą, jak u dorosłych; na zasadzie tego w r. 1893 wypowiedział zdanie, iż karmienie sztuczne wywołuje pewien stopień hypopepsy i fermentacye.

Prace późniejsze nie wiele dodały faktów, zaznaczyć tu jednak wypadki badań Mathieu, który nie znajdował u ssawców wolnego HCl, a Thiercelin idzie dalej, twierdząc, iż obecność wolnego kwasu solnego przemawia za istnieniem nieprawidłowych fermentacyi, które wywołują nadmierne wydzielanie HCl.

Michel, badając trawienie mleka wyjałowionego i surowego, dochodzi do wniosku, iż trawią się jednakowo, zaznacza natomiast, iż peptonizacya zaledwo w małej cząstce odbywa się w żołądku, natomiast lwia część mleka peptonizuje się dopiero pod wpływem soku trzustkowego.

Według nowszych jego badań z mleka kobiecego zużytkowuje ustrój 96.1%, z mleka 93.6%. Netter prowadził swoje badania metodą Winter-Hayema i na ich zasadzie dochodzi do wniosku, iż w okresie 6 mies. do roku ssawcy równie dobrze trawią mleko sterylizowane, jak i pokarm naturalny, mleko wyjałowione daje ten sam stopień kwaśności, co i pokarm naturalny i nie wywołuje, jak to jest z mlekiem surowym, fermentacyi. W każdym jednak razie nie należy zapominać, że w żołądku nie odbywa się peptonizacya zupełna, cyfry więc więc przyswajania pozostają też same, co u poprzednich badaczy: mleko wyjałowione wchłania i przyswaja się gorzej, niż pokarm naturalny.

J. Zawadzki.

515. P. Fürbringer. **Technika nadymania żołądka.** (Deut. Med. Woch., 40).

Trzy dziesiątki lat upływają, jak Frerichs zalecił w celu rozpoznawania wielkości i położenia żołądka, napełnianie go gazem (kwasem węglowym in statu nascendi). Po wprowadzeniu małego zgłębnika, Oser i Rumberg w tym celu radzili napełniać żołądek przez zgłębnik powietrzem.

Cokolwiekbyś dałoby się powiedzieć za i przeciw każdej z tych metod, jedno jest rzeczą pewną, iż dawkowanie kwasu węglowego według metody Frerichsa jest niemożliwe.

Napełnianie żołądka za pomocą zgłębnika ma również pewne wady, których rozpatrywać tu nie będę, są bowiem znane ogólnie.

Fürbringer dla napełniania żołądka gazem, wprowadza zgłębnik nie do żołądka, a doprowadza do środkowej części przełyku.

Metoda ta, wypróbowana na setce pacyentów, posiada według niego większe, niż dotychczasowe, zalety i dlatego poleca ją do wypróbowania.

J. Z.

516. Fürst. **Zaparcie, jako powikłanie chorób kobiecych.** (Wien. Med. Presse, № 36, 1899).

Zaparcie jest naogół częstym zjawiskiem u kobiet, zwłaszcza u dotkniętych chorobami narządów płciowych. Chore te uskarżają się na uczucie ciężaru w dole brzucha i na brak apetytu; język bywa często obłożony, skóra blada, usposobienie zmienne; szereg przypadłości histerycznych i t. d. Zaparcie nawykowe prowadzi do upośledzenia odżywiania chorych i spotęgowania rozmaitych dolegliwości nerwowych.

Pod względem przyczynowym zaparcie bywa czynnościowe lub zależy od przeszkód mechanicznych. Czynnościowe zaparcie zależy często od pewnej ospałości ruchów robaczkowych, od niewystarczającej wydzieliny kiszkowej, od niewystarczającego ruchu ciała, łatwo strawnego pożywienia, przekrwienia narządów brzusznych np. w czasie miesiączkowania i t. d. Mechaniczne przyczyny zaparcia sprowadzają się do zmian fizyologicznych i chorobowych w macicy; jajnikach, więzach i t. d., które mogą prowadzić do zwężenia i ucisku kiszki prostej (cięża, nowotwory, zapalenia okołomaciczne i jajnikowe i t. d.). Zwłaszcza zapalenia otrzewny okołomacicznej przechodzą łatwo na pętle przylegające do kiszki i niekiedy przytwierdzają je prawie nieruchomie. Zastój kału ma ujemny wpływ nie tylko na kiszkę, w której prowadzi do zaniku błony śluzowej wskutek ucisku, lecz prócz tego wpływa źle na stan ogólny chorej i utrudnia leczenie sprawy miejscowej (płciowej). Dla zapobieżenia takim zgubnym następstwom zaparcia, autor radzi używać z początku naczeczko i wieczorem przed snem wodę gorzką (Hunyadi-János) po 300 ctm.³ i jednocześnie lawatywy z litra wody 20° R. z dodatkiem 250 ctm.³ wody gorzkiej i łyżki gliceryny. Po 4 — 5 dniach takich zabiegów przy dyecie zawały kałowe zostają zwykle usunięte. Żeby zabezpieczyć się od powrotów i wzmocnić kiszki, autor zaleca codzienne podawanie wody gorzkiej naczeczko po 100 ctm.³ w ciągu całych tygodni, wskazuje ruch codzienny na powietrzu, jazdę na rowerze, pracę mięśniową, kąpiele rzeczne, obcierania i oblewania chłodne, mięsienie i t. d. Wiele kobiet tego rodzaju jeździ chętnie do zdrojowisk czyszczących i zwykle z dobrym skutkiem; to też dużo ich bywa u różnych wód po kilkanaście razy zrzędu.

W. Miklaszewski.

II. Choroby układu nerwowego.

517. Liebrecht. **O istocie zjawisk żrenicowych i o ich znaczeniu rozpoznawczem.** (Deutsch. Med. Woch., 25, 26, 1899).

Od czasu Guddena jest ustalony fakt, że nerw wzrokowy zawiera prócz włókien swoistych, przeprowadzających pobudzenia

światłne do ośrodków widzenia, jeszcze włókna grubsze, służące za drogi czuciowe w łańcuchu odruchowym źrenicy. Za tem przemawia zjawisko obecności odruchu źrenicowego nawet u całkiem ślepych, o ile powyższe włókna są nienaruszone. Włókna czuciowe łańcucha odruchowego źrenicy krzyżują się częściowo razem z nerwami wzrokowymi i przebiegają potem w szlakach wzrokowych, nie dochodzą jednak z włóknami wzrokowymi do corpora geniculata lateralia, lecz skręcają ku wewnątrz do wzgórków czworaczych przednich. W ten sposób wzgórki przednie zawierają czuciowe włókna odruchowe z obydwóch oczu. Od wzgórków idą włókna do ośrodka nerwu okoruchowego, skąd zaczyna się część ruchowa łańcucha. Włókna nerwu okoruchowego przechodzą przez ganglion ciliare. — Odruch współczulny (rozszerzenie jednej źrenicy przy zasłonięciu drugiej i zwężenie — przy oświetleniu drugiej) zależy od skrzyżowania częściowego włókien czuciowych. Jeżeli odruch świetlny bezpośredni i współczulny jest zniesiony, a odruch na przystosowanie zachowany, to sprawa chorobowa umiejscawia się pomiędzy wzgórkami przednimi i ośrodkami nerwu okoruchowego; jeżeli i odruch przystosowania jest nieobecny, to sprawa chorobowa umiejscawia się w ośrodku lub na przebiegu nerwu okoruchowego.

Ośrodków, rozszerzających źrenice, znamy dwa. Już Budge w r. 1856 znalazł jeden z nich pomiędzy 6-tą parą nerwów szyjowych i pierwszą piersiowych; z tego ośrodka wychodzą włókna przez rogi przednie do nerwu współczulnego, przechodzą przez zwój szyjowy dolny i górny, tworzą splot koło art. carotis, dostają się do zwoju Gassera, do ganglion ciliare i do oczodołu w postaci nervi ciliares breves. Drugi ośrodek rozszerzacza źrenicy znajduje się w korze mózgowej; dowodzi jego istnienia rozszerzenie źrenicy pod wpływem pobudzenia kory lub wzruszeń duchowych. Nawet po przecięciu części szyjowej rdzenia źrenica rozszerza się przy pobudzeniach kory, choć słabiej; dowodzi to, że prócz połączeń pośrednich kory z ośrodkami rozszerzającymi w rdzeniu, muszą być jeszcze połączenia bezpośrednie. Wszystkie pobudzenia obwodowe, zwłaszcza ból, przebiegają po słupach tylnych rdzenia i sprowadzają podrażnienie ośrodka rozszerzającego źrenicę w rdzeniu; to jest właśnie odczyn źrenicy na ból i wrażenia duchowe.

Do odróżnienia, czy zwężenie źrenicy zależy od porażenia nerwu współczulnego, czy też od pobudzenia nerwu okoruchowego, a rozszerzenie od czynników odwrotnych, może służyć kokaina, która pobudza nerw współczulny, a nie działa na okoruchowy, lub atropina, która poraża n. okoruchowy i pobudza sympatyczny. Objaw, zwany hippus, polegający na szybkim zwężaniu się i rozszerzaniu źrenicy, uważa autor za nadpobudliwość ośrodka rozszerzającego źrenicę na wpływy czuciowe i duchowe.

Zwężenie źrenicy, zależne od zbieżności (convergentia), uważa autor nie za odruch, lecz za ruch towarzyszący; ośrodek zbieżności musi być położony w korze, ponieważ czynność ta jest dowolną.

Najważniejszym zaburzeniem w oddziaływaniu źrenic jest nieruchomość ich zwrotna, czyli nieoddziaływanie na światło przy zachowaniu oddziaływania na przystosowanie. Zdarza się to zaburzenie najczęściej w wiaździe (30 — 70%); zależy to prawdopodobnie od zmniejszenia pobudzeń ośrodków rozszerzaczy w rdzeniu.

Nieruchomość źrenicy zupełna (ophthalmoplegia interna) zdarza się w czasie przymiotu. W paraliżu postępowym nieruchomość źrenic jest bardzo częsta (50 — 90%); nie są one jednak zwięźone, lecz nierówne i ząbkowane.

Nierówność źrenic przemijająca zdarza się w histeryi, zapaleniu opon mózgowych.

Przy porażeniu nerwu współczulnego szyjowego (guzy, zapalenie ich), oprócz zwięźenia źrenicy, opada powieka górna, unerwiona przez ten nerw.

Szerokość źrenic zmienia się pod wpływem rozmaitych chorób gorączkowych, oraz trucizn, działających ostro lub przewlekłe.

W. Miklaszewski.

518. **Wolf.** Stan mlecza pacierzowego przy nieruchomości źrenic zwrotnej. (Arch. f. Psych. u. Nerv., XXXII, № 1).

Nieruchomość źrenic zwrotna jest bardzo częstym objawem wiaźdu i porażenia postępowego; pomimo to jednak, nie znalazła ona dotychczas jasnego tłumaczenia. Autor badał rdzeń kręgowy odnośnych chorych, których zgrupował w następujący sposób: 1) źrenice nieruchome i odruchy kolanowe zachowane (zmiany chorobowe w górnej części mlecza); 2) źrenice nieruchome i brak odruchów kolanowych (zmiany na całej przestrzeni mlecza); 3) źrenice normalne i brak odruchów kolanowych (zmiany w dolnej części rdzenia) i 4) źrenice normalne i odruchy kolanowe normalne lub wzmożone. We wszystkich badanych przypadkach, prócz jednego, gdzie było brak odruchu źrenicy, znaleziono zwyrodnienie w ustępach górnych mlecza, podobnie jak stałymi były zmiany w ustępach dolnych w tych przypadkach, gdzie brakło odruchów kolanowych. W tym jednym przypadku autor przypuszcza, że miał do czynienia z nieruchomością czynnościową. Jako przykład takiej możliwości przytacza on przypadek histeryi, gdzie ten objaw trwał całe lata, oraz przypadek idiotyzmu, gdzie był on wrodzony i dziedziczny po matce. Jako jeszcze jeden dowód, że nieruchomość źrenic zależy od cierpienia górnego odcinka mlecza, przytacza autor doświadczenia Bacha, który nie otrzymywał odruchu świetlnego u zwierząt po obcięciu głowy, jeżeli mlecz został zniszczony, gdy przy mleczu zdrowym odruch trwał jeszcze pewien przeciąg czasu.

W. Miklaszewski.

519. W. Koenig. **O zmiennej nierówności źrenic (mydryasis alternans).** (Deutsch. Zeitsch. f. Nervenheilkunde. Tom 15, zes. 1 i 2, czerwiec, 1899 r.).

W jednym przypadku porażenia mózgowego dziecięcego u 17-to letniego chłopca, który rozwijał się słabo fizycznie i umysłowo od dzieciństwa, zauważył autor bardzo rzadko spotykany objaw zmienności źrenic, które stawały się naprzemian szersze (raz prawa, drugi raz lewa) w odstępach czasu jednodniowych do trzydniowych. Nawet w ciągu jednego dnia o różnych godzinach występowała ta zmienność, lecz nie w tak znacznym stopniu, ponieważ źrenice dochodziły najwyżej do jednakowej wielkości. Prócz tego objawu chory zdradzał pewien niedorozwój umysłowy, oraz miał stan spastyczny w kończynach dolnych, wzmoczenie odruchów kolanowych clonus pedium, ruchy atetotyczne w palcach stop, oraz zanik zapalny nerwu wzrokowego w okresie początkowym.

Zmienna nierówność źrenic należy do zjawisk nader rzadkich. Spotykano ją dawniej w niektórych przypadkach paraliżu postępowego i wiądu rdzenia, i uważano za objaw zły co do rokowania. — W przypadku Mendla objaw ten poprzedzał paraliż o 5 lat, w przypadku Hirszberga — o 12 lat. Pomiedzy spostrzeżeniami z ostatnich czasów spotykamy jedno u chłopca 11-toletniego zdrowego, obarczonego jednak dziedzicznie, oraz trzy spostrzeżenia w chorobach nie nerwowych (rak, tyfus, zapalenie nerek). Pelizaeus podaje prócz tego 6 przypadków zmiennej nierówności źrenic u neurasteników; nikt prócz niego w ciągu ostatniego dziesięciolecia nie notował tego objawu u tych chorych. Wspomniane spostrzeżenia uprawniają jednak do patrzenia na zmienną nierówność źrenic, jako na objaw nie tak groźny, jak przypuszczano dawniej w przypadkach, gdzie niema wyraźnych zaburzeń mózgo-rdzeniowych. Należy jednak pamiętać, że różne choroby organiczne nerwowe zaczynają się od obrazu neurastenii i że opisany objaw źrenicowy może wyprzedzać chorobę organiczną o długi przeciąg czasu.

Od zmiennej nierówności źrenic należy odróżniać wrzekomą zmienną nierówność, występującą w tym przypadku, jeżeli jedna źrenica jest całkiem nieruchoma, a druga rozszerza się i zwęża prawidłowo; źrenica zdrowa może w takim razie stawać się większą, równą i mniejszą od nieruchomej.

Jeszcze jeden przypadek, jedyny dotąd, zanotowany przez Szwarca, nakazuje pewną oględność w rozpoznawaniu zmiennej nierówności źrenic: 25-cioletni mężczyzna, zdrow i nieobarczony dziedzicznie, był dotknięty znacznie osłabioną ruchomością źrenic, prawej na światło, a lewej na przystosowanie; prawa zaś oddziaływała bardzo dobrze na przystosowanie, a lewa na światło.

W. Miklaszewski.

520. Hirschl. **Oddziaływanie źrenicy na ból i oddziaływanie paradoksalne na światło w paraliżu postępowym.** (Wien. Klin. Woch., № 22, 1899).

Przy badaniu paralityków u Krafft-Ebinga autor stwierdził, że brak u nich rozszerzenia źrenicy przy podrażnieniach skóry w razie zwrotnej nieruchomości źrenic. Utrata tego oddziaływania na ból poprzedza podług wszelkiego prawdopodobieństwa utratę oddziaływania na światło. U chorych, których źrenice nie oddziaływały na ból, stwierdzono na sekcji zwyrodnienie nerwu współczulnego szyjowego; w przypadkach zaś, gdzie oddziaływanie było zachowane, nerw współczulny przedstawiał stan normalny. Odczyn paradoksalny zjawia się przy nieruchomości źrenic z zachowaniem odruchu współczulnego, albo przy rozbieżnym położeniu oczu przy badaniu; ciepło ciała oświetlającego oko ma wywoływać rozszerzenie źrenicy.

W. Miklaszewski.

521. Piltz. **Odruch źrenicy wyobraźniowej.** (Neurolog. Cent. M., XVII, 11, 1899).

Odruchy źrenicy mogą być pochodzenia korowego. Badania na ludziach zdrowych wykazują, że patrzenie na przedmioty jasne wywołuje zwężenie źrenicy, a na ciemne — rozszerzenie jej przy zwróceniu na nie uwagi; podobnie wyobrażenie przedmiotów jasnych lub światła wywołuje zmniejszenie, a wyobrażenie ciemności lub przedmiotów ciemnych — zwiększenie źrenicy.

W. Miklaszewski

522. H. Trenkel. **Nierówność źrenic w stanach chorobowych i zdrowych.** (Revue de Méd., XVIII, 11, p. 804).

Przy badaniu źrenice powinny być jednakowo oświetlone i badane przy słabym i silnym oświetleniu. Przy nierówności źrenic zjawia się pytanie, która z nich jest nienormalna; naogół będzie nią ta, która oddziałuje gorzej. Przy rozszerzeniu czynnym zachowane jest oddziaływanie na światło i przystosowanie, a pobudzenie skóry nie rozszerza źrenicy; atropina i kokaina wzmagają rozstrzeń. Przy rozszerzeniu porażennym (biernym) brak odruchu, źrenica jest rozszerzona umiarkowanie, atropina i ezeryna nie działają, często są porażone inne gałązki nerwu okoruchowego. Przy zwężeniu czynnym źrenica jest bardzo wązka, prawie nie oddziałuje, tylko kokaina rozszerza ją. Przy zwężeniu porażennym źrenica jest rozszerzona i oddziałuje umiarkowanie, lecz niema oddziaływania współczulnego.

Nierówność źrenic pochodzenia organicznego zdarza się w wiaździe rdzenia, porażeniu postępowem, syfilisie i t. d. Przy nierówności źrenic czynnościowej chodzi o wpływ pośredni na nerw współczulny, który ujawnia się przy rozszerzeniu źrenicy, a znika przy jej zwężeniu. Zdarza się to w zatruciach w chorobach zakaźnych, w nerwicach i t. d. Nierówność źrenic fizyologiczna jest przejściową lub stałą, lecz odruch jest zawsze dobrze zachowany. Nierówność źrenic wrodzoną widział autor w 10 przypadkach u dzieci poniżej roku życia na setki badanych.

W. Miklaszewski.

III. Choroby dzieci.

523. J. Lange. **O obrzęku śluzowym (myxoedema) we wczesnem dzieciństwie.** (Münch. med. Woch., № 10, 1899).

Z pośród objawów rozwiniętego już obrzęku śluzowego u dzieci, podobnie jak i u dorosłych, należy postawić na pierwszym miejscu zmiany w skórze, oraz jej przydatkach. Skóra jest wogóle zgrubiała, jakby obrzminą lub odmrożoną i zupełnie suchą; przy nacięciu lub nacięciu nie się nie pokazuje, barwa jej jest błądą, woskowatą, na dotyk daje uczucie chłodu. Wyraz twarzy wskutek zgrubienia skóry jest ponury, nieruchomy, usta wskutek obwisłości warg wydają się powiększonymi, język mocno zgrubiały wystaje niekiedy z jamy ustnej, głos jest matowy i chrypowały. Kończyny niekiedy zgrubiałe i nieforemne, jak przy słoniowaciźnie. Włosy są suche, łamliwe, bez połysku, jak również paznogie. Ruchy są leniwe, niezgrabne, mowa utrudniona, inteligencya i energia znikają, co doprowadza niekiedy osobniki dotknięte obrzękiem do zupełnego idyotyzmu. Ciepłota ciała jest zmniejszona, tętno zwolnione, popęd płciowy zmniejszony, niekiedy do zupełnego zaniku.

Przy postaci *wrodzonej* respect. dziecięcej występują na pierwszy plan, oprócz powyżej wymienionych, zaburzenia w rozwoju cieleśnym, jak również duchowym. Dziecię rośnie nader powoli, ciemiączka zwłaszcza główne mogą pozostać niezarośniętymi przez długi przeciąg czasu, kości twarzy rosą powoli, stos kręgowy nie nabiera siły, dzieci nader późno są w stanie siedzieć o własnej sile. Zęby wyrzynają się późno, narządy płciowe nie rozwijają się. Jeszcze słabiej rozwija się dziecię pod względem umysłowym, pozostając po największej części idyotą.

Rozpoznanie wrodzonego obrzęku śluzowego jest w typowych przypadkach łatwym. W przypadkach atoli, gdzie zgrubienie skóry oraz inne objawy są mniej wyraźne, autor zaleca w celu rozpoznania röntgenografię, albowiem u dzieci, dotkniętych tą chorobą, spostrzegając się dają nawet w późniejszym wieku w niektórych kościach, zwłaszcza

cza przy nasadach trzonów, miejsca przeświecające, czyli nie skostniałe.

Co się tyczy powstawania wrodzonego obrzęku śluzowego, to zdania są sprzeczne. Autor skłania się ku wewnątrzmacicznemu rozwojowi omawianego cierpienia u płodu.

Leczenie. Autor stosuje thyraden (Knoll'a), jodothyryn (Bayer'a) i wreszcie thyreoidinum siccum. Przy stosowaniu powyższych środków ciepłota ciała zbliża się ku normie, tętno się poprawia, zgrubienie skóry zmniejsza się równocześnie ze wzmożeniem moczeniem. Największa dawka u dziecka 7 — 9 miesięcznego wynosi 0.005 co drugi dzień, u dziecka 20-miesięcznego 0.05 thyradeni 3 razy dziennie, powiększając dawkę stopniowo do 0.1, ogółem 90 dawek, potem 0.1 thyreodini raz dziennie po 0.1. Pomimo jednak widocznego polepszenia ogólnego stanu po takiej kuracji wyleczenie doszczętne jest wątpliwem. K.

524. J. Hainebach. Przyczynę do etiologii t. zw. gorączki gruczołowej (Drüsenfieber) Pfeiffer'a. (Deutsche Med. Woch., № 26, 1899 roku).

8-letni chłopiec przebył poprzednio błonicę, odrę, wietrzną ospę i zapalenie migdałków, poza tem był zupełnie zdrow. Według opowiadania matki, od 2 dni począł narzekać na brak łaknienia, uczucie drapania w gardle i lekką gorączkę, przyczem wymiotował dwukrotnie. Przy badaniu autor zauważył, co następuje: język nieznacznie obłożony, gardziel nie zaczerwieniona, lewy gruczoł podszczękowy, oraz gruczoły chłonne w okolicy m. sterno-cleido mastoidei, zwłaszcza po stronie lewej wybitnie powiększone, umiarkowanie twarde i bolesne przy dotykaniu; ruchy głowy również bolesne. Inne narządy normalne; stan bezgorączkowy.

W ciągu następnych 2 dni gorączka znaczna — do 40.0°. Gruczoły jeszcze boleśniejsze, dwukrotne wymioty, silny ból głowy, nieznaczna senność, język mocno obłożony, foetor ex ore, tętno napięte. Ból brzucha w okolicy pępka, opróżnienia po środku przecyszczającym. Mocz ciemny, krwawy, zawiera znaczną ilość białka. Badanie drobnowidzowe wykazuje liczne ciała krwi, leukocyty, komórki nabłonkowe, oraz dość liczne wałeczki nabłonkowe.

W ciągu następnych dni stan ogólny stopniowo się poprawiał, ilość krwi i białka w moczu się zmniejszała, gruczoły mniej obrzmiałe, ciepłota prawie normalna. Stan taki trwał około 10 dni, potem bez widocznego powodu ciepłota podskoczyła do 38.4°, gruczoły ponownie się powiększyły, a w moczu pokazały się liczne ciała krwi oraz białko. Objawy te atoli szybko zaczęły ustępować i chory po kilkunastu dniach mógł już opuścić łóżko. Najdłużej trwało obrzmienie gruczołów, spostrzegano je jeszcze bowiem około 2-eh tygodni. W moczu również jeszcze przez czas pewien znajdowano ciała krwi, wałeczki oraz ślady białka.

Leczenie polegało na stosowaniu ungt. kali jodati na gruczoly— bez skutku. Jedynie okłady zmniejszały cokolwiek ból. Zapalenia nerek leczono zwykłymi sposobami.

Godną uwagi była okoliczność, że w kilka dni po zachorowaniu chłopca zachorowała 17-letnia siostra jego, a w 4 tygodnie potem 12-letni brat na typową anginam follic. ze zwykłym przebiegiem. Okoliczność powyższa nasuwa autorowi hipotezę, że źródło zakażenia zarówno w pierwszym przypadku, jak i w następnych było toż same, czyli że łańcuszkowce lub gronkowce, wywołujące u jednych osobników zapalenie migdałków, wskutek nieznanych nam dotychczas powodów dostają się do gruczolów chłonnych szyjowych, wywołując w następstwie ogólne zakażenie organizmu z ciężkimi powikłaniami. K.

525. Dr. Katzenstein. **Objawy parasyfilityczne przy przymiocie wrodzonym u dzieci.** („Sur les phénomènes parasyphilitiques de la syphilis congénitale dans l'enfance.“ Annales de médecine et chirurgie infantiles, № 19, 1899).

Przymiot dziedziczny przedstawia się pod przeróżnemi postaciami, nieraz nawet bardzo trudnemi do rozpoznania. Trudność w rozpoznawaniu wzrasta w miarę zmniejszenia się objawów przymiotu i w miarę łagodnienia samego zarazka. Jest rzeczą niezmiernie ważną zrobić dobre rozpoznanie w przypadkach wątpliwych, ponieważ największy procent przypadków przymiotu odziedziczonego przedstawia się właśnie pod postacią ostatnich. Fournier np. twierdzi, że w razie dziedziczenia przymiotu po matce w 52 na 100 przypadków jest niewątpliwy przymiot, a w 42 — nie więcej nad zaburzenia w odżywianiu, w razie zaś dziedziczenia przymiotu po ojcu w 81 na 100 przypadków obserwujemy objawy, których nie można zaliczyć do przymiotu z całą pewnością.

Przymiot dziedziczny przedstawia się najczęściej pod postacią objawów ogólnych.

U dzieci, zrodzonych przez rodziców chorych na przymiot, w większości przypadków nie znajdujemy wyraźnych zmian przymiotowych, nie ulega jednak wątpliwości, że dzieci takie odznaczają się odpornością przeciwko zarazkowi przymiotowemu.

Przez wzgląd na ważność rozpoznania form przymiotu wątpliwych, powinniśmy z całą dokładnością zbierać wywiady w każdym podobnym przypadku. Najpewniejszą wskazówką co do przymiotu odziedziczonego jest duża śmiertelność w rodzeństwie, przedwczesne porody i poronienia. Z tego też powodu powinniśmy, pomnąc na przyszłość — omnis syphiliticus mendax — baczyc głównie na wyświetlenie powyższych faktów, gdyż te, nie zdradzając naszych podejrzeń, pozwolą nam sprawiedliwsze otrzymywać wskazówki.

Co się tyczy odróżniania objawów parasyfilitycznych od syfilitycznych, jest to, według autora, rzeczą mniejszej wagi, gdyż po-

dział ten, jak dotąd, jest zupełnie sztuczny. Autor nie podziela zdania Heubner'a, Finger'a i Fournier'a i nie przeprowadza ścisłej różnicy pomiędzy objawami para- i syfilitycznymi.

Z objawów parasyfilitycznych najczęściej spotykamy u dzieci — bezkrwistość. Dzieci takie są najeźściej blade. Loos, badając krew dzieci syfilitycznych, przyszedł do wniosku, że przymiot zazwyczaj wywołuje bezkrwistość, czasami nawet bardzo ciężką; bezkrwistość ta zależną jest od zmniejszenia ilości czerwonych ciałek. Jednocześnie z bezkrwistością zauważyć możemy powiększoną wątrobę, śledzionę i dość duży brzuch, przy dobrze rozwiniętej tkance tłuszczowej. — Oczywiście tak bezkrwistość, jak i powiększenie wątroby, śledziony i brzucha, możemy konstatować i z innych powodów, jak rachitis, ale najczęściej zdarza się to u dzieci z przymiotem odziedziczonym. Dzieci parasyfilityczne często bardzo cierpią na przewlekły katar kiszki. Katar ten niezmiernie szczególnym nie różni się od kataru kiszki i z innych powodów; ma jednak tę cechę charakterystyczną, że najczęściej idzie w parze z innymi objawami parasyfilitycznymi i, nie ustępując wszystkim innym środkom lekarskim, znika przy kuracji specyficznej. Również często zapadają takie dzieci na zapalenie oskrzeli: oczywiście, twierdzi autor, nie możemy patrzeć na to zapalenie inaczej, jak tylko na skutek wyniszczenia (cachexia), przy którym błony śluzowe odznaczają się większą wrażliwością, a mniejszą odpornością. Z tegoż samego powodu mamy u tych dzieci i przewlekły katar nosa; katar bez obfitej wydzieliny z obrzmiałą błoną śluzową, czem się objaśnia sapka, tak często spotykana u dzieci z przymiotem odziedziczonym.

Z objawów parasyfilitycznych systemu nerwowego zdarza się nieraz — skurcz głośni (Heubner opisał kilka przypadków) i drgawki (eclampsia), które nieraz prowadzą do śmierci.

Dzieci parasyfilityczne rodzą się najczęściej przedwcześnie; jeżeli zaś i przychodzą na świat w czasie właściwym, to najczęściej giną później na skutek t. zw. atrophii, albo też, jeżeli zostają przy życiu, to zazwyczaj późno rozwijają się tak fizycznie, jak i intelektualnie. Dzieci takie najeźściej odznaczają się małym wzrostem (Fournier) i uczą się mówić znacznie później, niż to normalnie bywa. O kretynizmie i idyotyzmie u dzieci, jako o objawach parasyfilitycznych, rzeczy częstych według Fournier'a, autor nie rozstrzyga przez wzgląd na małe doświadczenie w tym względzie. Wspomina autor jeszcze o 2 ciężkich wadach rozwojowych u dzieci syfilitycznych: wodogłowie przewlekłe i spina bifida. Heller przytacza przypadki, wyleczone za pomocą kuracji specyficznej. Spina bifida również często obserwowano w rodzinach syfilitycznych. Co się tyczy stosunku, jaki zachodzi pomiędzy chorobą angielską a przymiotem, jest on, według autora, niewątpliwy, gdyż często bardzo przymiot powoduje rozwój angielskiej choroby.

Wogóle twierdzi autor, że w każdym przypadku wątpliwym, a podejrzanym, należy przedewszystkiem zastosować kurację specyficzną, nie obawiając się zupełnie złych stąd skutków.

Prognoza jest wogóle dobra, należy tylko kurację specyficzną, przez wzgląd na nawroty, prowadzić systematycznie i długo.

Co stę tyczy samej kuracji, to autor zaleca podwójną: w celu bezpośrednio leczniczym i w celu zapobiegawczym. W pierwszym razie poddaje autor kuracji specyficznej dzieci o objawach parasyfilitycznych, w drugim zaś—rodziców, obarczonych przymiotem.

W końcu tłómaczy się autor z tego, że nie stawia żadnych teoryi dziedziczenia przymiotu, ponieważ nie znamy ani samego zarazka, ani wiemy, w jaki sposób zarazek ów przechodzi do organizmu dziecka: stwierdza za to fakt niewątpliwy, że my, lecząc u dzieci objawy parasyfilityczne (które, według autora, są niczem innym, jak tylko objawami wtórnymi przymiotu odziedziczonego), tem samem doprowadzamy albo do zupełnego zaniku objawów trzeciorzędnych, albo je w znacznym stopniu łagodzimy.

E. Dytel.

526. E. Vollmer. **O rozszerzaniu chorób zaraźliwych przez uczęszczanie do szkół.** (Berlin. Klin. Woch., 1899, № 34).

Uczęszczanie do szkół stanowi sprzyjającą sposobność do rozszerzania chorób zaraźliwych. Choroby zaraźliwe przez uczęszczanie do szkół zawsze będą się rozszerzać, nawet przy należytem staraniu nieszczęśliwe przypadki nie mogą być zupełnie wykluczone. Ze wszystkich chorób zaraźliwych przez uczęszczanie do szkół najwięcej rozszerzają się choroby zaraźliwe, właściwe wiekowi dziecięcemu, jak odra, płonica, błonica i krztusiec. Pozostałe choroby zaraźliwe również często rozszerzają się w warunkach sprzyjających. Do nich należy: ospa, krwawa biegunka, cholera, tyfusy, zaraźliwe zapalenie oczu, gruźlica, przymiot, tryper, parch, świeżba, herpes tonsurans, impetigo contagiosa. Znanych jest w literaturze dużo przypadków, gdzie jedno chore dziecko stało się powodem zachorowania większości jego współtowarzyszy szkolnych. Tak naprzykład Rychna opisuje jedną epidemię płonicy, w której z powodu zarażenia się od jednego chłopca w okresie łuszczenia się chorowało 92 dzieci w 37 rodzinach i z nich zmarło 14. Przeciwnie w tejże samej osadzie pozostały zdrowi pensyonarki ze szkoły dla dziewcząt i dzieci żydowskie, chodzące do swej szkoły.

W rozmaitych państwach istnieją rozmaite przepisy, mające na celu zwalczać w szkołach choroby zaraźliwe. Szkoła powinna być miejscem, gdzie zwalczanie i zapobieganie chorobom zaraźliwym skutecznie może być wykonane.

Autor stawia wnioski, mające na celu zmniejszenie ilości zarażeń przez uczęszczanie do szkół do możliwie małej miary. Mianowicie: 1) Pomieszczenia szkolne dwa razy do roku, a podłoga w klasach szkolnych i korytarzach raz na tydzień winny być dezynfekowane. 2) Przed powrotem do szkoły po przebytej chorobie zaraźli-

wej, dziecko i jego rzeczy winny być zdezynfekowane. 3) Lekarze i rodzice powinni we właściwym czasie zawiadamiać władze sanitarne o przypadkach chorób zaraźliwych. 4) Rodzice, nauczyciele i dzieci we właściwy sposób winni być obznajmiani o nauce zdrowia, jego podstawach, jak również o najważniejszych chorobach zaraźliwych. 5) Sanitarne ogłędziny szkół winny być należycie wykonywane.

Rabek.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

527. M. le Maire zachwala okłady z 1% roztworu kreoliny w leczeniu pęknień brodawek piersiowych, okłady trzymać należy stale w przerwach pomiędzy karmieniem niemowlęcia, przyczem przed karmieniem brodawki należy zmyć roztworem kwasu bornego.

(Centr. f. Gynäk., № 32).

W. S.

528. Badania Schenka i Austerlitz'a wykazują, iż cewka kobieca w warunkach normalnych zawiera tylko pasorzyty, które przedostają się tutaj z pochwy. Drobnoustroje chorobotwórcze zdarzają się tutaj nadzwyczaj rzadko, tylko w 2% przypadków.

(Prag. med. Woch., № 17).

W. S.

529. Według Piff'a nie jest uzasadnionem przypuszczenie o związku gruźlicy z przerostem migdałka gardzielowego. U 100 chorych znaleziono 3 razy gruźlicę tego migdałka. Często widzieć się daje usposobienie familijne do przerostu tego narządu. W gruźlicy migdałka gardzielowego bywają często silne obrzmienia gruczołów szyjowych. We wszystkich przypadkach podejrzanych o gruźlicę należy usuwać migdałki.

(Berl. kl. W., 43, — Liter. Ausz.).

O. H.

530. Kali hypermanganicum jako odtrutka przeciwko stychninie i wielu innym alkaloidom.

Dzięki silnie utleniającym własnościom nadmanganianu potasu, stosowano go jako odtrutkę dla fosforu (Stokvis), kwasu pruskiego (Auteil); ostatnie jednak prace Hugouneuf'a, Paratore i innych dowiodły niezbicie skuteczności tego środka przy otruciu większością alkaloidów np. muskaryną, atropiną, kokainą, pilokarpiną, weratryną, kurarą, nikotyną, a także akonityną.

Podaje się w ilości 5—20 centygramów 3—4 razy dziennie do wewnątrz, lub pod postacią przemywań żołądka, a także wstrzykiwań.

K. W.

531. Kalium hypermanganicum w krwawej dysenterji i katarze kiszki prostej.

Za najlepszy sposób leczenia biegunki krwawej i kataru prostej kiszki, dr. Gastinel uważa ławatywy z roztworu nadmanganianem potasu

w stosunku 1 : 2000. Najdogodniej jest mieć gotowy roztwór 1 : 1000 i w razie potrzeby dobierać go gorącą przegotowaną wodą pół na pół.

Na jedną ławatywę bierze się 500 gramów płynu temperatury 45° C. Dawać trzeba powoli z przestankami. Przy wlewaniu pierwszej $\frac{1}{3}$ płynu chorego kładziemy na lewym boku, przy drugiej $\frac{1}{3}$ nawznak, w końcu na prawym boku. Zatrzymują chorzy taką ławatywę zwykle od $\frac{1}{2}$ — 2-ch minut. W kwadrans po ławatywie występuje zazwyczaj jeszcze jedno wypróżnienie, poczem bóle i dęcia ustają, a następne wypróżnienie zjawia się dopiero po upływie 12 — 24 godzin.

Sposób ten, jeżeli bywa stosowany z początku choroby, nigdy prawie nie zawodzi.

Na kwadrans przed ławatywą leczniczą trzeba przepłukać kışkę dobrze ciepłą wodą (45° C.), dla możliwego obnażenia błony śluzowej.

Na początku zaś leczenia, po pierwszej ławatywie, dać pełną dawkę kalomelu. Powyższa kuracya nie wymaga stałego pozostawiania w łóżku, po każdej tylko ławatywie winien chory poleżeć godzinę. Przy zalecanym przez d-ra Gastinela sposobie leczenia, nawet narkotyki stawać się mają zbyt czynnymi wobec zupełnego znikania uciążliwych dla chorego objawów.

(L'Independance Médical, 1899, № 43).

K. W.

532. **Rzeźączka i małżeństwo.** E. Kromayer zwalcza przekonanie, wypowiedziane przez Neissera, jakoby brak gonokoków w wydzielinie dowodził jej niezaraźliwości. Badania wydzieliny, powtórzone nawet wielokrotnie, pomimo że dadzą wynik ujemny (pod względem obecności gonokoków), mogą stanowić dowód tylko prawdopodobieństwa, nie zaś pewności; na domiar złego, pewność ta często zawodzi. K., opierając się na własnem doświadczeniu, twierdzi, że w większości przypadków, w których liczne badania nie wykazały obecności gonokoków, wydzielina pomimo to nie traciła własności zarażających; lekarz przeto nie może dać pozwolenia na zawarcie małżeństwa jedynie dlatego, że gonokoków nie znalazł, przeciwnie: powinien stanowczo żądać od chorego, żeby się ten leczył aż do czasu zupełnego a doszczętnego usunięcia wszelkich objawów przewlekłego niezytu błony śluzowej cewki. Jeżeli doszczętne wyleczenie staje się dla jakichbądź powodów niemożliwym, lub też kandydat do stanu małżeńskiego nie chce poddać się leczeniu, lekarz powinien przedstawić mu całą rzecz dokładnie, zostawiwszy decyzję do woli chorego i na odpowiedzialność jego. Jeżeli taki chory decyduje się na małżeństwo, obowiązkiem lekarza będzie polecić mu stanowczo zachowanie następujących przepisów: 1) oddawać mocz przed każdym zbliżeniem się płciowem do żony; 2) spółkować nie więcej nad raz jeden na dobę; 3) nie powtarzać pod żadnym pozorem spółkowania raz po razie, wtedy bowiem płyn nasienny, z możliwą domieszką gonokoków, wydzielony przy pierwszym spółkowaniu, przy drugim łatwiej może się dostać do otworu cewki moczowej i ujścia maciecznego kobiety;

4) w razie spółkowania częstszego, niż raz na dobę, kobieta powinna zastosować obfite a dokładne przemycie (przeszprycowanie) pochwy.

Delefosse ostrzega przed użyciem tak zwanej próby Neissera, która polega na tem, że staramy się wywołać sztuczne podrażnienie błony śluzowej cewki przez wkraplanie mocnych roztworów lapisu, wprowadzanie sond i t. p., by otrzymać wydzielinę do rozstrzygającego badania, ażali nie zawiera ona gonokoków. Próba ta, zdaniem autora, niczego nie dowiedzie, a nieraz zaszkodzić może. Autor bada wydzielinę, otrzymaną przez wygniatanie gruczołu krokowego i wyskrobanie cewki na przestrzeni 5—6 ctm., licząc od ujścia zewnętrznego. W razie otrzymania wyniku ujemnego, radzi choremu w ciągu tygodnia pić piwo, wino szampańskie, jeździć na bicyklu, dużo chodzić, poczem następuje powtórne badanie, tym razem decydujące.

Fr. G — yć.

V. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie z d. 17-go października 1899 r.

Przed porządkiem dziennym *Kozerski* przedstawił chora, u której zabił się rana wrzodziejąca rakowata skóry nosa po smarowaniu w ciągu paru miesięcy 1% rozcynem kwasu arsenowego.

Na porządku dziennym *Sokołowski* mówił o wyskoku w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych. W walce z suchotami ważne znaczenie odgrywa nie tylko powietrze, lecz wogóle dobre warunki odżywiania; w tym kierunku alkoholizm, szeroko rozwinięty, szczególnie w klasach biedniejszych, przynosi wielką szkodę; pijaństwo odrywa ustrój, czyni go mniej odpornym na choroby zaraźliwe i usposabia do rozwinięcia suchot. Liczne statystyki stwierdzają ten fakt. Prócz wpływu ogólnego wyskok sprowadza jeszcze zmiany miejscowe w narządach, które stykają się z nim przy przełykaniu (gardziel, górna część krtani); w narządach tych powstają uporezywe nieżyty, usposabiające do późniejszych cierpień niżej położonych narządów oddechowych. Zmiany, wywołane w sercu i naczyniach krwionośnych, usposabiają do rozwoju postaci gruźlicy wrzekomo płatowej (pseudocrouposa). Nadużycie wyskoku sprzyja nie tylko powstaniu suchot, lecz i złemu ich przebiegowi.

Co się tyczy lecznictwa, to stosowanie wyskoku w gruźlicy na wielką skalę zostało wprowadzone przez Dettweilera, Wolffa, Turbana i innych lekarzy niemieckich, którzy zaczęli stosować go jako odżywkę, jako środek, obniżający ciepłość, zmniejszający pocenie się, pobudzający łaknienie i t. d. Dawniej Brehmer (w Görbersdorfie) na-

dawał mu znaczenie środka, pobudzającego działalność serca. — Spostrzeżenia kliniczne nauczyły *S.*, że alkohol w lecznictwie suchot i innych chorób ma tylko szkodliwe znaczenie. — Wpływ wysokoku na zmniejszenie rozpadu tłuszczu i białka w ustroju został ostatnio zakwestyonowany; wpływ przeciwgorączkowy jest nieznaczny, za to oddziaływanie na układ nerwowy jest zgubne. Podobnież w innych chorobach dróg oddechowych wysokok ma tylko znaczenie szkodliwe; można go zastąpić zawsze w potrzebie kofeiną lub kamforą.

To samo możnaby powiedzieć o innych chorobach wewnętrznych.

W dyskusji prof. *Baranowski* zaznacza, że popieranie wstrzeмиęźliwości od wysokoku, rozpoczęte na gruncie społecznym w Anglii, przeszło i do medycyny. Jest rzeczą słuszną, że rozpajanie chorych gruźliczych może mieć najgorsze następstwa; jednak wysokoku nie można wyrugować z lecznictwa, ponieważ kofeina, kamfora i inne środki nie zdołają go zastąpić. *B.* jest za rozumnym użyciem wysokoku w umiarkowanej ilości.

Nusbaum powiada, że *S.* zespolił niesłusznie dwie kwestye: społeczną i farmakologiczną. Co do pierwszej nie ulega wątpliwości, że nadużycie wysokoku jest szkodliwe; co się tyczy drugiej, to trudno jest orzec na zasadzie przedstawionego materiału, czy wysokok w leczeniu suchot ma znaczenie pożyteczne, czy szkodliwe. Podług *N.* wysokok ma tę wyższość nad innemi lekami podniecającemi, że jest przyjemny w użyciu. Z przyjemnemi podnietami (używkami) lekarze winni liczyć się zawsze, ponieważ są one konieczne da prawidłowego działania ustroju; dlatego też nie można usunąć wysokoku z lecznictwa, jedynie rozumnie dawkować go.

Rejchman powiada, że bez wysokoku można obejść się w leczeniu chorób żołądka; wysokok wchłania się szybko z żołądka, w niewielkiej ilości pobudza nieco wydzielanie soku żołądkowego, w większych ilościach — zmniejsza sekrecyę.

Dobrski jest zdania, że *S.* potępił niesłusznie bezwzględnie użycie wysokoku, choćby pożytek kumysu i kefiru przemawiają za użyciem niektórych przetworów wysokokowych.

Bronowski zaznacza, że nałogowemi stają się tylko neurasteny; dlatego też statystyka szpitalna *S.* nie wystarcza do wykazania, że gruźlica szerzy się wskutek pijaństwa.

Dąbrowski podziela poglądy *Sokołowskiego*.

Freidensohn nie przypuszcza, żeby lekarze warszawscy nadużywali wysokoku w lecznictwie.

A. Żurakowski zaznacza, że czysty wysokok jest nieszkodliwy i niesmaczny. Szkodę wyrządzają ustrojowi różne olejki i wyższe alkohole (bukiety), zawarte w różnych napojach gorących.

Korniłowicz podnosi nadużywanie wysokoku przez ginekologów. *T. zw.* mania puerperalis jest najczęściej następstwem nadużycia wysokoku.

Sokołowski odpowiada, że miał na celu wykazać szkodliwość nadużycia wysokoku, który lekarze zalecają zbyt często. Zastąpienie go przez inne środki jest o tyle lepsze, że np. do kofeiny, kamfory i t. d. ustrój nie przyzwyczaja się tak łatwo, jak do wysokoku.

W. Miklaszewski.

VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 października 1899 r.

Przewodniczący — Prezes *Janiszewski*.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia z d. 4 października 1899 r.

II. *Szniersztajn* mówił o *acetylenie*. Skreśliwszy historję jego wynalazku, podał opis sposobów robienia acetyleny fabrycznie, objaśnił następnie: co to jest węglik karbidu i jak się go otrzymuje.

Mówiąc o własnościach acetyleny, zwrócił uwagę na siłę światła, przewyższającą 12 do 15 razy gaz węglany, na nieszkodliwość acetyleny i taniść, objaśnił przyczynę pierwiastkowych wypadków przy doświadczeniach i zakończył opisaniem aparatów, służących do otrzymywania acetyleny.

Odczyt swój *Szniersztajn* urozmaicił doświadczeniami, pokazał węglik karbiku, sposób otrzymywania acetyleny, kilka rodzajów lamp acetylenowych. oraz rysunki i tablice porównawcze.

III. *Janiszewski* odczytuje rzecz: „O stosowaniu klinoterapii w chorobach umysłowych.“

W № 43 „*Semaine Médicale*“ pomieszczoną została praca pp. *Sérieux* i *Farnarier* o klinoterapii, czyli o leczeniu chorób umysłowych w ostrej przebiegających formie, za pomocą utrzymania długi przeciąg czasu chorych w łóżku w położeniu leżącym.

Praca ta wnosi wiele pojęć nowych, i dlatego postanowiłem z jej treścią zaznajomić panów, tem więcej, że jakiegokolwiek specjalności w wykonywaniu praktyki naszej dajemy pierwszeństwo, niemniej jednak, będąc lekarzami praktycznymi, nie jesteśmy wcale wolni od tego, aby naszej rady nie zasięmano nieraz z konieczności w kwestiach, któremi zajmujemy się mało, w których jednak obowiązani jesteśmy być na tyle kompetentnymi, abyśmy, radząc, stosować się mogli do najnowszych wymagań wiedzy, i aby rada nasza nigdy szkody, a zawsze pewną korzyść choremu przynieść mogła. A w chorobach umysłowych, szczególnie w ich początkowych okresach, przyszłość chorego zależną jest nieraz od sposobu leczenia zaleconego w chwili wystąpienia pierwszych tegoż objawów.

Na wstępie do pracy swej autorzy stwierdzają przedewszystkiem fakt, że wszystkie dzieła, traktujące o chorobach umysłowych,

są wogóle niezmiernie skąpe w udzielaniu dokładnych wskazań, jak te choroby leczyć należy. Dziedzina ta wiedzy leży odłogiem, jest jakąś terra incognita, o której tylko krążą niepewne i mało zachęcające podania i legendy. Ogół wierzy chętnie, że wszelkie psychozy są nieuleczalne, gdy w rzeczywistości 60% niemal procentów wylecza się zupełnie. Wielu wierzy również, że oprócz zimnej wody, koszuli i rękawic krępujących, wogóle wszystkiego tego, co nowożytna odrzuciła psychiatria, nie istnieją inne środki i metody lecznicze.

Autorzy więc postanowili zaznajomić ogół lekarski, z nową metodą, stosowaną od lat kilku z pożytkiem dla chorych umysłowych—z metodą leczenia za pomocą utrzymywania chorego w łóżku, metodą niezmiernie łatwą i dającą się zastosować zarówno w szpitalu, jak i w domu chorego, w mieście i na wsi, i nie wymagającą specjalnych przyrządów, ani żadnych szczególnych wydatków.

Metodę tę autorzy uważają za początek nowej ery w historii psychiatrii, i przekształcającą w zupełności dotychczasową terapię chorób umysłowych.

Początek systematycznego leczenia psychopatów łóżkiem sięga roku 1852-go; zasługa wprowadzenia go do terapii należy się sławnemu alieniście belgijskiemu Guislain'owi, który ją stosował z powodzeniem w leczeniu melancholików.

Od r. 1860 pod wpływem prof. Lud. Mayera, von Brosiusa, von Paetha i Neissera metoda ta rozwinęła się stopniowo w Niemczech i otrzymała specjalną nazwę *Bettbehandlung*.

We Francji pierwszy ją zalecał i stosował Falret w melancholii i pewnych okresach ostrej manii, przebiegających w stanie podgorączkowym.

W r. 1879 Weir-Mitschel w Stanach Zjednoczonych rozwinął ją znakomicie i stosować zaczął w psychozach, towarzyszących hysterii i neurastenii.

W r. 1888 dwaj alieniści francuscy, Bell i Lemoine, poczęli stosować metodę Weir-Mitschela w leczeniu melancholii, połączonej z wygórowaną obawą (*Melancholia cum anxietate*).

W r. 1892 Timofiejew wprowadził metodę powyższą w Rosyi, a od r. 1894 klinoterapia stosowaną jest powszechnie w zakładach i schroniskach dla obłąkanych w departamencie Sekwan.

Technika omawianej metody zaleca się nadzwyczajną prostotą i usuwa zupełnie uznawaną dotychczas konieczność internowania chorych w zakładzie. d B

Wedle zdania autorów, utrzymać chorego w łóżku zdaje się w większości wypadków bardzo łatwo, należy tylko odrzucić absolutnie wszystko, co może w czemkolwiek krępować chorego, a działać na jego wyobraźnię perswazyą i dobrocią. W wypadkach zaś zbyt silnego podbudzenia maniakalnego, jeżeli kąpiele przedłużone, środki nasenne i suggestya nie uspokajają, unikając wszelkiej walki z chorym, pozwolić mu zaspokoić do woli potrzebę ruchu w ogródku lub oddzielnym pokoju, i dopiero, gdy chwila zmęczenia i uspokojenia nastąpi, skłonić go łagodnością do ułożenia się w łóżku, tłómacząc

mu konieczność tego zalecenia, jego stanem gorączkowym i chorobą, wymagającą dla jego dobra absolutnego spokoju.

Czas pozostawania w łóżku nie da się stanowczo określić, zależy bowiem od rodzaju samego cierpienia. W pewnych stanach ostrych, jak np. objędy (*deliria*), dostatecznym jest dni kilka lub kilkanaście. Neurastenicy i melancholicy wymagają spokoju od 6-ciu tygodni do 2-ch miesięcy. Większość ostrych psychoz wymaga również takiego czasu, a Guislain radzi utrzymywać wogóle chorych obłąkanych w łóżku pierwsze 2 do 3-ch miesięcy. Wogóle należy zalecać, wyjąwszy stany jakież szczególne, pozostawanie w łóżku nie więcej jak 2 miesiące. Dodać należy, że chociaż środek omawiany jest najpiękniejszym nabytkiem nowoczesnej psychiatrii, nie jest bynajmniej żadnym panacem uniwersalnym, i że według należytych wskazań, należy jednocześnie stosować inne czynniki terapeutyczne, jak: obfite karmienie (*suralimentation*), hydroterapię, masaże, szwedzką gimnastykę, elektroterapię, środki nasenne, sugestję i t. p.

Co się dotyczy *działania fizjologicznego* absolutnego spokoju w łóżku, to nauka posiada dane następujące:

1) Lekarz angielski Guy, badając stan pulsu, stwierdził u 100 mężczyzn w wieku od 20 — 50 lat średnią 70.05 pulsacyi w położeniu siedzącym, i 66.62 w pozycji leżącej. U kobiet w tej samej granicy wieku stosunek 81.98 i 80.24; u dzieci od 11-tu do 15-tu lat stosunek ten wykazywały cyfry 91 i 90.

Fonsagrive znajdował stale 5 do 6-ciu pulsacyi mniej w pozycji leżącej.

Weir-Mitschel uważa stale i pewne zwolnienie tętna o 20 uderzeń w minucie w czasie leczenia.

Roehrich stwierdza różnicę 4 — 8 uderzeń. Jednym słowem, zdolność zwalniania ruchów serca położeniem poziomem i nieruchomem ciała jest wogóle przez wielu autorów przyjętą.

2) Leczenie długie oddziałują na krążenia obwodowe, ułatwia przyływ do mózgu i powrót krwi żyłnej z dolnych kończyn do serca. Wpływu tego nie należy lekceważyć szczególnie w melancholii, w której siła serca jest znacznie niższa.

3) Wszyscy niemal psychiatrzy dostrzegli znaczne zwolnienie ruchów oddechowych. Według Viault'a i Jolyet'a, średnia ilość oddechów u dorosłych 23 w minucie, spada do 19-tu w pozycji siedzącej, a do 13-tu w leżącej.

Tyle dają badania fizjologiczne, są to jeszcze bardzo skąpe dane, aby, opierając się na nich, postawić należyte wskazania dla samej metody, niemniej jednak, rozpatrując tę kwestję ze strony terapii ogólnej, Manceat uważa spokój absolutny jako nieoceniony środek w leczeniu chorób ostrych, środek pozwalający zużytkować wszystkie siły organiczne w celu leczniczym; zwalnia i reguluje uderzenia serca i ruchy oddechowe, podnosi ciśnienie w tętnicach, niża ciepłotę wewnętrzną, zmniejsza rozpad czerwonyc kulek krwi, wreszcie zwalnia proces utleniania wewnątrzkomórkowego, a tem samem ułatwia przyswajanie i sprowadza zwiększenie wagi ciała. I dlatego to oddawna znakomici terapeuci, jak: Ewald, v. Ziemsen, Nothnagel, Quinke,

Robin, zalecali leżenie w łóżku w stanach niedokrewności ogólnej i u chlorotyczek, a Roehrich stale obserwował zwiększanie się wagi ciała w ostrej manii, melancholii i ostrych stanach halucynacyjnych, leczonych tym sposobem i dostrzegał różnicę w wadze ciała, wynoszącą nieraz 300 do 400 grm. w ciągu jednego dnia.

Z punktu widzenia *klinicznego* pp. Sérieux i Farnarier zapewniają, że większość psychiatrów jest zdania, że omawiana metoda winna być stosowana wszędzie, gdzie wskazane jest sprowadzenie jak najspieszniejsze uspokojenia ośrodków nerwowych i całego ustroju, a zatem wszędzie, gdzie jest wskazany spokój fizyczny i psychiczny.

Ludwik Mayer, który od lat 35-ciu stale stosuje klinoterapię, jest zdania, że przedewszystkiem w objawach fizycznych szukać należy wskazań do stosowania absolutnego spokoju i do długości czasu, niezbędnego do leczenia tym sposobem.

Przedewszystkiem więc wymagają *spokoju fizycznego*: wszelkie stany ogólnego osłabienia, znaczne wychudnienie, wstręt do pokarmów, wiek podeszły, stan popołogowy, bladaczki i niedokrewności, wreszcie zaburzenia w krążeniu, nie mówiąc już o stanach gorączkowych i podgorączkowych. Otóż te właśnie objawy spotykamy często u melancholików, maniaków, w psychozach po chorobach infekcyjnych powstałych, w psychozach toksycznych i popołogowych.

Co się tyczy *wskazań* do stosowania *spokoju psychicznego* w celu uspokojenia mózgu, to istnieją one zawsze we wszystkich postaciach ostrych cierpień umysłowych, bez względu na to, czy to będą stany pobudzenia, czy przygnębienia, pomieszania czy obłądów halucynacyjnych, bowiem wszystkie te psychozy za podstawę mają cięższe lub lżejsze zaburzenia w odżywianiu kory mózgowej.

I czy to mózg będzie podrażniony wskutek nadmiernych czynności ośrodków ruchu (*zona motoria*) w stanach maniakalnych, czy ośrodków uczucia (*zona sensitiva*) w melancholii, czy ośrodków narządów zmysłowych (*zona sensorialis*) w stanach halucynacyjnych, czy wreszcie czynność mózgu będzie zawieszona wskutek wpływów toksycznych w pomieszaniu, we wszystkich tych wypadkach pierwszą nagłą koniecznością będzie, dać możliwość wypoczynku narządowi przeladowanemu pracą lub zatrutemu, i tym sposobem pozwolić wrócić do stanu normalnego zmian powstałym w odżywianiu neuronu.

Doświadczenie pokazało, że jedynie pobyt w łóżku daje możliwość zupełnego wypoczynku mózgowiu, raz dlatego, że położenie poziome ułatwia cyrkulację mózgowia i pozwala należycie go یرgować, że przyczyniając się do zupełnego zwolnienia mięśni, daje wypoczynek ośrodkom ruchomym, a powtóre, że ogranicza do minimum wszelkie pobudzenia obwodowe (termiczne, wzrokowe, słuchowe), a tem samem znosi oddziaływania ruchowe. Oprócz tego ułatwia sen, zmniejsza siłę napięć halucynacyjnych i ogranicza same przyczyny, wywołujące halucynacje i iluzje. Więcej jeszcze leczenie chorych umysłowych w łózkach, zmienia na lepsze samo środowisko, w które się chorzy znajdują, spokój i porządek są bezsprzecznie większe, i chory może rzeczywiście wypocząć fizycznie i duchowo.

Orzec stanowczo, jak wielką jest liczba chorych, wymagających tego rodzaju leczenia, trudno; według zdania pp. Sérieux i Farnarier, stosunek chorych waha się stosownie do okoliczności od $\frac{1}{3}$ do więcej niż połowy całej populacji zakładu.

W wielu zagranicznych zakładach przyjęta jest zasada, którą tylko najusilniej zalecać można, że bez wyjątku każdy chory wstępujący, po otrzymaniu wanny i świeżej bielizny, zmuszony jest pozostać w łóżku pierwszych dni kilka, i wówczas przy stosownem badaniu udaje się nieraz wykryć zmiany somatyczne takie, które przy pozostawieniu choremu swobody chodzenia uszłyby stanowczo uwagi lekarza.

Przeciwskazania do stosowania klinoterapii w ścisłym znaczeniu wyrazu nie istnieją, mogą być tylko pewne wynikające z niej niedogodności, na które jednak zwracać uwagę należy. „Nie zapominajmy — powiada Weir-Mitschel, — że skazując kogoś na długi pobyt w łóżku, zmniejszamy mu przynajmniej o 20 skurczów serca na minutę, czyli że zwalniamy czynność serca o $\frac{1}{3}$ -cią, że spokój taki usposabia do zaparcia, zmniejsza potrzebę jedzenia mięsa i że mięśnie długi czas pozostające w bezczynności chorują i zanikają.“

Niedogodności te radzi on usuwać znanymi ogólnie środkami lekarskimi i odpowiednią dietą, skłonność zaś do niszczenia odzieży i do nieochędnostwa za pomocą starannego i ludzkiego nadzoru, odpowiedniej służby i t. p.

Co do *rezultatów*, to leczenie za pomocą łóżka sprowadza sz, bko znakomitą poprawę nie tylko w stanie fizycznym, ale i umysłowym chorego; usuwa wiele powikłań, którym często przypisać należało, przejście stanu ostrego w chroniczny, lub w zupełną demencyę, a nieraz nawet w zejście śmiertelne.

Czy jednak za pomocą tego rodzaju kuracyi wylecza się więcej chorych, jak poprzednio? Na to pytanie pp. Sérieux i Farnarier wahają się dać stanowczej i kategorycznej odpowiedzi, stwierdzają tylko, że metoda terapeutyczna, która bez żadnej wątpliwości zmniejsza napięcie objawów groźnych w ostrych psychozach, i stawia nie tylko mózg, ale i cały ustrój wyczerpany i przepracowany w warunki niezbędne dla poprawy zubożonego odżywiania, metoda taka winna być uznana za ułatwiającą możność zupełnego wyzdrowienia.

Jednocześnie metoda ta ogranicza znakomicie stosowanie środków nasennych, usuwa zupełnie konieczność zamykania i krepowania, ułatwia dozór i obserwację nad chorym, a nade wszystko każe mieć obłąkanego nie za jakiegoś paryasa, ale każe go traktować, jako zwyczajnego chorego, nie tylko przez cały personel szpitalny, ale i przez rodzinę jego, wreszcie działa na wyobraźnię chorego, wyraża w nim przekonanie, że jest chory i że winien być otoczony życzliwością i umiejętną troskliwością.

Metoda ta zmienia także fizjonomię schronisk dla obłąkanych. Przez sam fakt utrzymywania większości obłąkanych w łózkach, znikają nazawsze zamykane celki, w których chorzy tak szybko niedołążnieli i dzieżeli, ustępuje zwyczaj pomieszczenia pól-méle chorych wyleczalnych z nieuleczalnymi, środki dyscyplinarne zamieniają się

właściwemi procedurami terapeutycznymi, stróże zamieniają się na posługaczy chorych, a przytułek waryacki staje się rzeczywistym szpitalem dla chorych umysłowych, w którego salach chorzy będą badani tak drobiazgowo i sumiennie, jak chorzy podlegający tyfusowi, zapaleniu lub innym ostrym chorobom.

Co do postaci chorób umysłowych, które winny być poddawane leczeniu kółkiem, to autorzy zaliczają przede wszystkim tak zwane obłądy ostre (*deliria acuta*), dalej stany maniakalne, melancholiczne, psychozy peryodyczne, obłądy systematyzowane, porażenia ogólne, zmian, ogniskowe, idyotyzm, demencję i obłądy moralne.

Rozebrawszy wszechstronnie kwestyę, pp. Sérieux i Farnarier powiadają w końcu:

„Przekonani głęboko o korzyściach, jakie klinoterapia przy ogólnem jej stosowaniu sprowadzi, nie wahamy się twierdzić, że zajmie ona w lecznictwie psychiatrycznym równie poważne i szanowne miejsce, jak zawieszenie środków przymusowych (*no-restraint*), leczenie na swobodzie (*open-door*) i kolonizacya, i stanie się jedną z drogocenniejszych zdobyczy tegoczesnej psychiatrii, a usuwając z przed oczu naszych nazawsze obecne więzienia, zwane „zakładami psychiatrycznemi“, w których wymagania lecznicze tak skromne zajmują miejsce, wywołują powoli i stopniowo konieczność zmiany tego rodzaju: że ostre cierpienia umysłowe leczone będą w szpitalach, jak każde inne, chroniczne zaś pracą i pożytecznemi zajęciami w odpowiednio urządzonych koloniach, lub w gronie własnej albo obcej rodziny. Klinoterapia, a z nią i uznanie potrzeby starannego badania i leczenia, podniesie obłąkanych do godności chorych, proklamowanej przed 100 laty przez Esquirola i Pinel'a, a będącej dotychczas częścią formułą bez znaczenia i zastosowania, i pozwoli częściej powracać społeczeństwu wyzdrowionych nieszczęśliwych, których niewłaściwe obecne procedury same przez się skazywały na niedołęstwo i nieuleczalność.“

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes Janiszewski.

Sekretarz A. Majewski.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 listopada 1899 r.

Przewodniczący — wiceprezes Sachs.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia z d. 18 października 1899 r.

II. Czerwiński przedstawia chorą z przetoką pęcherzopochwową, powstałą przed 1½ rokiem po porodzie.

Przetoka zajmowała początkowo całą przednią ścianę pochwy; po dwóch operacjach pozostał z niej małeńki otwór w prawym kącie rany, w miejscu trudno dostępnem; otwór ten można było widzieć jedynie w położeniu chorej na prawym boku.

W tem położeniu chora była operowana jeszcze 4 razy — zawsze bez skutku. Obecnie nawet w położeniu na boku przetoki wi-

dzieć nie można, gdyż jest ona ukryta po za fałdą błony śluzowej, powstała po ostatnim zabiegu operacyjnym.

Otwór jest obecnie tak mały, że żaden zgłębnik weń nie wchodzi, a jednak cała ilość moczu wypływa przez pochwę.

Idąc za radą kol. Jaworowskiego, Cz. spróbował zbadać pochwę przy pomocy lusterka krtaniowego przy oświetleniu elektrycznym. W położeniu kolanołokciowym, po założeniu jednej tylnej łyżki wzienika Simona i oświetleniu wnętrza pochwy lampką elektryczną, widzimy w lusterku krtaniowym za prawą kością łonową lejkowate wgłębienie, a na dnie jego otworek wielkości małego łepka od szpilki; z otworka tego przy ruchach oddechowych chorej wydobywają się pęcherzyki powietrza.

Szczegółowy opis przypadku Cz. poda w pracy, opartej na całym jego materiale operacyjnym, dotyczącym się przetok pęcherzopochwowych. Obecnie Cz. zaznacza tylko, że w literaturze odnośnej nigdzie nie znalazł wzmianki o zastosowaniu do badania przetok lusterka krtaniowego; metoda ta jednak w danym razie okazała się jedyną do celu prowadzącą, a i w innych podobnych przypadkach może oddać rzetelne usługi.

III. *Majewski* przedstawia preparat anatomopatologiczny wątroby i kątnicy. Wątroba ogromnych rozmiarów zawiera kilkadziesiąt ropni różnej wielkości. Największy z nich, wielkości głowy dziecka, zajmował prawy płąt wątroby w górnej jego części; powierzchnia wątroby była tu w kilku miejscach przedziurawiona i jama ropnia komunikowała z jamą podprzeponową, zawierającą również ropę i otwierającą się nazewnątrz w linii pachowej środkowej przez wycięte operacyjnie na przestrzeni 6 cmt. 8-me żebro. Drugi ropień, wielkości jabłka, mieścił się w lewym płacie wątroby na dolnej jego powierzchni; pozostałe były wielkości od łepka szpilki do orzecha laskowego. Kątnica zawierała pojedyncze głębokie, okrągłe, średnicy $1\frac{1}{2}$ ctm. owrzodzenie, leżące w pobliżu wyrostka robaczkowego i pokryte szarawym nalotem; wyrostek robaczkowy był normalny; kątnica i okrężnica wstępująca były przyrośnięte; po za nimi po ich oddzieleniu znajdował się otorbiony płyn włóknikowo-ropny; pozostałe części otrzewny płynu nie zawierały, ani zmian chorobowych nie okazywały. W kiszkaach, prócz opisanego owrzodzenia, zmian innych nie wykryto.

Mężczyzna, lat 23, przybył do szpitala Św. Wincentego w stanie bardzo ciężkim. Ciepłota — 39.0° ; tętno — 130, miękkie. Prawy bok był silnie wypukłony; górna granica stłumienia przy kręgosłupie znajdowała się na 11-em żebrze; na wysokości kąta łopatki — na 8-em żebrze; w linii pachowej — na 6-em; a w linii sutkowej — na 5 em; stłumienie poniżej podanej linii — zupełne, oddech niesłyszalny.

Brzuch — silnie wzdęty, bolesny, szczególniej z prawej strony.

Chorował od paru tygodni; gorączkował, miał rozwolnienie bez bólów i bez dęcia.

Na drugi dzień po przybyciu chorego do szpitala, otrzymawszy przy próbnem przekłuciu ropę, M. wyciął 8-me żebro i otworzył

jamę ropnia podprzeponowego, w głębi którego widoczna była wątroba; przy ucisku na nią z jamy podprzeponowej wylewała się ropa i wychodziły strzępy tkanek i włókniaka, wobec czego widocznem się stało, że ropa pochodzi z jamy w mięszu wątroby, komunikującej z przestrzenią podprzeponową przez otwór na górnej powierzchni wątroby powyżej przecięcia operacyjnego położony.

Po zabiegu stan chorego się nie polepszał, i w dni pięć po nim chory przy objawach upadku działalności serca umarł.

Przed zabiegiem rozpoznano u chorego ropień podprzeponowy (resp. ropień wątroby; obecnie a posteriori widzimy, że było tu: *zapalenie kątnicy, zapalenie okołokątnicze, zapalenie otrzewny ropne ograniczone, zapalenie wątroby ropne wielogniskowe, ropień podprzeponowy*. Przypadek podany odpowiada w części charakterystyce powikłań wątrobianych, zdarzających się przy zapaleniach kątnicy, a opisanych niedawno przez Dieulafoy; różnicę wszakże stanowi to, że w naszym przypadku wyrostek robaczkowy nie był zajęty, podczas gdy Dieulafoy w swej charakterystyce zajęcie wyrostka robaczkowego silnie akcentuje i opiera nawet na tem swe wywody teoretyczne.

W dyskusyi *Dobrucki* zaznacza trudność stanowczego rozstrzygnięcia o istocie pierwotnej sprawy chorobowej; opierając się wszakże na wywiadach, przypuszcza tu dur brzuszny.

Biernacki skłania się więcej do rozpoznania zapalenia kątnicy.

IV. *Majewski* przedstawia preparat anatomopatologiczny sklepienia czaszki, złamanego — końskim kopytem — przy szwie strzałkowym w prawej kości ciemieniowej na przestrzeni talara; twardej opony mózgu, pokrytej w części, znajdującej się pod złamaną kością, obfitymi skrzepami krwi, powstałymi z krwotoku z pękniętej tętnicy oponowej średniej, i — mózgu, zawierającego w częściach, pod rowkiem Rolanda znajdujących się, w istocie białej jamę wielkości orzecha włoskiego, wypełnioną brunatną miękką masą.

Chory, fernal lat 28, przybył do szpitala Św. Wincentego w 2 doby po wypadku w stanie bardzo ciężkim, z całkowitem porażeniem lewej ręki i częściowem lewej nogi i wkrótce po przybyciu przy objawach ucisku mózgu w okresie jego podrażnienia, w kureczach rzucając się i bredząc, zmarł.

W dyskusyi *Cynberg* opisuje przypadek rany czaszki i mózgu, obserwowany przezeń obecnie w szpitalu żydowskim.

V. *Radomyski* odczytuje sprawozdanie z komisji, organizującej stałe odczyty popularne.

VI. *Czerwiński* odczytuje sprawozdanie z komisji, wysadzonej dla ułożenia projektu założenia w Lublinie szkoły wiejskich babek.

VII. *Szniersztajn* mówi o somatozie Rudolfa Rakowszyka z Winnicy, podszywającej się nazwą i formą etykiety pod somatozę Fr. Bajera.

Somatoza Rakowszyka, podług analizy Białobrzeskiego, okazała się mieszaniną krochmalu z niewielką ilością proszku mięsnego; nie zawiera ona w składzie swym albumoz, najcenniejszej części składowej somatozy Bajera.

VIII. *Cynberg* odczytuje sprawozdanie ze szpitala żydowskiego za miesiąc wrzesień.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *A. Janiszewski*.

Sekretarz *A. Majewski*.

VII. ODCINEK.

Lekarze w świetle statystyki.

W ostatnich czasach zabierano głos kilkakrotnie w kwestyi upadku dochodów lekarzy i podawano najrozmaitsze przyczyny, najbardziej jednak nastawiano na „wyzyskiwanie lekarzy“ przez społeczeństwo w tej lub innej formie. Jedni żalą się na wyzysk ze strony fabryk, inni zło upatrują w małych pensjach szpitalnych, a byli tacy, co żądali od Towarzystw dobroczynności, aby zamiast honorowych posad zaprowadziły posady lekarskie płatne.

Co do tego ostatniego, wyręczył mnie już kol. K. Wisłocki w odpowiedzi p. N. z „Krytyki lekarskiej“, słusznie karząc jego wystąpienie.

Na inne postulaty zgodzić się trzeba, gdyż praca lekarza, niewątpliwie, jest wyzyskiwana przez fabryki, szpitale i cały szereg osób zamożnych, leczących się w lecznicach, dla chorych niezamożnych przeznaczonych; ale przyznać trzeba, że lekarze chcą być wyzyskiwani.

Niech się otworzy jakieś miejsce w fabryce, w której wizyta u chorego wypada po kilkanaście kopiejek, zjawi się, niewątpliwie, kilkunastu kandydatów, często, niestety, odbywających licytacje in minus.

Stosunki ekonomiczne regulują się podażą i popytem, nie więc dziwnego, że fabrykant, mając dużą podaż, obniża wynagrodzenie do *minimum*. Czy na tem zyskują jego robotnicy, wątpię, gdyż źle wynagradzana praca nigdy nie jest tak owocną, jak dobrze płatna i wiadomą jest rzeczą, że robotnik źle płatny wcale nie jest dla gospodarki ogólnej zjawiskiem pożądanym.

Toż samo dałoby się powiedzieć i o szpitalu, gdyby nie wchodził tu w grę inny czynnik — miłość nauki, która wiąże lekarza ze szpitalem, bez względu na korzyści materialne. Nie znaczy to, bym był zwolennikiem dzisiejszej normy wynagrodzenia w szpitalach, ale zrozumieć mogę łatwiej świadome poddawanie się wyzyskowi w szpitalu, niż w fabrykach i t. p. instytucjach.

Ale i tego niedość.

Co miesiąc nieomal otwierają się w Warszawie zakłady lecznicze specjalne z opłatą po 30 kop. za poradę, dokąd dążą nietylko niezamożni pacyenci, ale masa ludzi, którzy dotąd bez uszczerbku płacili lekarzowi honorarya zwykłe. Tak powstały zakłady chirurgiczne, chorób żołądka i kiszek, laryngologiczne, ginekologiczne, otiatryczne, neurologiczne, szumnie zwane często poliklinikami, gdzie obrót roczny stanowi nieraz po 10 i więcej tysięcy chorych.

A doliczmy do tego lecznice ogólne, z których kilka ma około 25 — 40 tysięcy chorych rocznie, doliczmy ambulatory bezpłatne, porady bezpłatne u rodziny, znajomych i t. p. na mieście, a będziemy mieli obraz: ilu chorych właściwie płaci honorarya normalne i ilu właściwie lekarzy może się utrzymać w Warszawie.

Czem się to dzieje, czyż społeczeństwo, nie wyzyskujące rejentów, adwokatów, budowniczych, specjalnie uwzięło się na lekarzy, czy publiczność, która dobrze rozumie, że za bułkę, ubiór, mięso zapłacić musi cenę normalną, nie rozumie tego odnośnie do pracy lekarskiej? Nie. Aczkolwiek, niestety, poszanowanie pracy nie jest u nas rozwinięte do tyła, aby częstokroć nie zdarzał się wyzysk świadomy, jednakowoż ogół dziś już ma o pracy lekarskiej wyobrażenie dokładne, ale kieruje się, jak zwykle, zasadą ekonomiczną podaży i popytu.

Nie należy więc winić jedynie społeczeństwa, lekarzy starszych, młodszych i t. p., i wprowadzać zamęt u proste zupełnie stosunki, a uderzyć się w piersi i rzec: „medice cura te ipsum“. Jeśli jest źle, to zależy to, przedewszystkiem, od nadmiaru lekarzy w Warszawie, od nadmiernej podaży pracy lekarskiej. Gdy podaż była mniejsza, nikt nie głosił krucyaty przeciw wyzyskowi społeczeństwa, nikt nie podnosił kwestyi „nędzy lekarskiej“, z chwilą zwiększenia się liczby lekarzy coraz częstsze i namiętniejsze słyszymy utyskiwania.

Ale utyskiwania i smętne westchnienia nie w danym razie pomódz nie mogą, trzeba spojrzeć prawdzie prosto w oczy i wysnuć z objawów życia wnioski właściwe.

Do tego dążyć należy wszelkimi siłami i szukać środków do polepszenia obecnego stanu rzeczy.

Tembardziej zaś dziś nadszedł wielki czas po temu, że naokół warunki życia są coraz cięższe: lokal, żywność, pierwsze potrzeby podniosły się w cenie, wzrosły również wymagania intelektualne, oraz wymogi życia towarzyskiego, a tymczasem wysokość honoraryów lekarskich idzie wprost odwrotnym trybem. Zrodzona przez potrzebę i wzrastającą liczbę lekarzy konkurencya obniżyła stopę zarobków lekarskich i stworzyła to, co widzieliśmy powyżej, że znaczna część ludności korzysta z darmowej lub źle płatnej pracy lekarskiej.

Czy ten fakt, z punktu widzenia rozumnej gospodarki społecznej, jest objawem pożądanym — wątpię, dziś, dzięki tradycyjnej uczciwości lekarza-polaka, przekazywanej z pokolenia pokoleniu sprawa pomocy lekarskiej nie stoi źle, ale czy ta tradycya wobec wzmagającej się konkurencyi da się utrzymać długo, czy sztandar sumiennosci

ści długo jeszcze będzie powiewać nad wzrastającymi zastępami lekarzy — przesądzać nie chcę, boję się jednak, aby nie stało się z lekarzami to, co w innych fachach zauważyć się daje: dążność do produkowania za tanie pieniądze złego towaru.

Reformy, jakie w tym razie projektować należy, trzeba zacząć od samych lekarzy i od nich też wyjść muszą usiłowania, zmierzające ku poprawie stosunków.

W r. z. w „Ateneum“ w art. p. n. „Reforma pomocy lekarskiej w Królestwie Polskiem“ podałem zarys statystyczny lekarzy w Królestwie. Korzystając z nowych danych za r. b., obecnie podaję nową statystykę, zestawioną w tablicach.

T A B L I C A I.

Rok 1898.

Nazwa gubernii	Przestrzeń w wiorstach kwadrato- wych	Liczba ludności	Liczba lekarzy	1 lekarz wy- pada na wiorst kw.	1 lekarz wypada na mieszkańców	Odsetka ogólnej liczy- by lekarzy
Warszawska z Warszawą	15,392.2	1,932,063	863	17.7	2,238	54.3%
Warszawska bez Warszawy		1,317,311	128	119	10,130	8.1%
Piotrkowska z Łodzią	10,763.4	1,406,951	223	48.2	6,309	14.1%
Piotrkowska bez Łodzi		2,092,171	111	97	9,092	7%
Radomska	10,854	819,781	67	164	12,235	4.2%
Kielecka	8,868.6	764,087	60	140	12,129	3.8%
Kaliska	9,861.3	846,334	70	141	12,093	4.4%
Lubelska	14,789.4	1,152,602	96	151	11,782	6.0%
Siedlecka	13,580.8	774,139	57	221	13,546	3.6%
Płocka	8,287.3	555,819	37	223	16,103	2.3%
Łomżyńska	9,265.9	585,781	36	257	16,271	2.3%
Suwalska	10,824.3	604,973	38	227	12,604	3%
Całe Królestwo Polskie	411,324.6	9,442,520	1,547	150.5	5,953	—
Razem bez War- szawy i Łodzi		8,512,958	730	174	11,550	43.7%

T A B L I C A II.

Rok 1899.

Nazwa gubernii	Liczba ogólna le- karzy	Liczba lekarzy	
		w miastach gubernial.	w miastach powiatowych
Warszawska	940		55
Warszawa		812	
Piotrkowska	252		28
Łódź		120	
Piotrków		12	
Częstochowa		15	
Radomska	70		14
Radom		17	
Kielecka	61		10
Kielce		14	
Kaliska	72		23
Kalisz		13	
Siedlecka	58		19
Siedlce		10	
Łomżyńska	38		12
Łomża		10	
Suwalska	39		19
Suwałki		11	
Płocka	39		17
Płock		11	
Lubelska	96		25
Lublin		28	
Razem	1,665	1,073	202

Jak widzimy z tych tablic, w r. z. było lekarzy w obrębie Królestwa 1,547, w r. b. jest ich 1,655, czyli że liczba ogólna wzrosła o 108, z tych w Warszawie przybyło 67 lekarzy, w Łodzi 8, pozostała zaś ilość, t. j. 33, w pozostałych częściach kraju.

Skutkiem tego, kiedy dawniej w Warszawie koncentrowało się 47.5% ogółu lekarzy, obecnie odsetka podniosła się do 48.7%, a w Łodzi do 7.2%, gdy w r. z. było 7.1%; w pozostałych miejscowościach, jak widać z tablicy, różnice są bardzo małe. Innemi słowy, z ogólnej liczby nowych lekarzy w ciągu roku zeszłego i bieżącego 62% lekarzy pozostało w Warszawie, 7.4% osiadło w Łodzi, a w innych miejscowościach 28.5%.

Ponieważ rok zeszły nie był wyjątkowym pod tym względem, przyjąć można, iż tak dzieje się corocznie, corocznie więc liczba le-

karzy w Warszawie zwiększa się w stopniu większym, niż w pozostałych miejscowościach Królestwa.

Tym sposobem Warszawa, która mogłaby już oddawna zadowolnić się liczbą mniejszą lekarzy, ześrodkowuje ich na niekorzyść prowincyi.

T A B L I C A III.

Nazwa gubernii	Liczba lekarzy 1898 r.	% ogólnej liczby	Liczba lekarzy w r. 1899		Przybytek	% przybytku
				%		
Warszawska						
z Warszawą	863	55.8	930	56.2	67	72
bez Warszawy	128	8.3	128	7.5	—	—
Piotrkowska						
z Łodzią	223	14.3	252	15.2	29	26.8
bez Łodzi	111	7.2	132	8	21	19.4
Radomska	67	} 29.8	70	} 29	} 12	} 11.1
Kielecka	60		61			
Kaliska	70		72			
Lubelska	96		96			
Siedlecka	57		58			
Płocka	37		39			
Łomżyńska	36		38			
Suwalska	38	39				
Razem	1,547		1,665		108	+ 6.9

Ponieważ zaś Warszawa liczy zaledwie 6.5% ogółu ludności Królestwa, zestawiając te cyfry, widzimy, jak dalece ześrodkowanie to jest dla prowincyi szkodliwe.

Jeżeli zechcemy porównać Warszawę pod względem stosunku do lekarzy z równym jej prawie co do ilości mieszkańców Hamburgiem, to widzimy, iż tam na 625,552 mieszkańców jest 487 lekarzy, w Warszawie zaś 812, t. j. o 325 więcej, a niedawno przecieź z Hamburga dochodziły wieści o utyskiwaniu na zbyt wielką liczbę lekarzy. Tam wypada 1 lekarz na 1,284 mieszkańców, u nas zaś 1 na 820.

Widzimy więc, że Warszawa bezwzględnie posiada zbyt wielu lekarzy i że skutkiem tego popyt jest mniejszy niż podaż, co wywołuje obniżenie wartości pracy lekarskiej.

Czemu przypisać to zjawisko anormalne?

Niewątpliwie, pewną odsetkę lekarzy, zamieszkujących w Warszawie, odliczyć trzeba na lekarzy młodych, uzupełniających naukę w szpitalach, liczba ich jednak nie jest wyższa nad 100, a każdy z nich po za uzupełnianiem wiadomości żyć musi i starać się o najskromniejszy bodaj zarobek; po za nimi jest również pewna liczba

nie praktykujących lekarzy wojskowych, emerytów etc., owo jednak „niepraktykowanie“ jest fikcją, żaden z nich bowiem nie odmówi porady, o ile się o nią do niego zwraca, lecz zresztą rodzinę, znajomych, przez co, naturalnie, ogół pacjentów dla lekarzy „praktykujących“ zmniejsza się znacznie.

Na zasadzie tego całą liczbę lekarzy brać należy pod uwagę i śmiało rzec można, iż w Warszawie jest ich za wiele o 300, to jest właśnie o cyfrę, niezbędną na prowincyi do obsadzenia posad lekarzy gminnych wobec projektowanej reformy.

Kwestyę tę poruszyłem w omawianym artykule, drukowanym w „Ateneum“, nie będę więc do niej wracać, tu, konstatując fakt, chciałbym odpowiedzieć na pytanie, co dalej robić.

W chwili obecnej znów kilkudziesięciu lekarzy ukończyło medycynę i znów część pewna pozostanie w Warszawie, liczba więc ogólna lekarzy znów wzrośnie.

Aczkolwiek miasto nasze wzrasta, nie do tyła jednak, aby corocznie mogło, wobec i tak już wielkiej liczby, utrzymać po 67 lekarzy; powiedzmy jasno, dla większej liczby lekarzy miejsca nie ma, a i z tych, którzy są, znaczna liczba *musi* opuścić Warszawę, prędzej czy później, bo warunki będą coraz cięższe.

Uwiadomienie tego faktu jest rzeczą bardzo ważną, dziś młody lekarz z początku ma zamiar tylko poduczyć się w szpitalach warszawskich i następnie wyjechać po za Warszawę, tymczasem zostaje dłużej, zasmakowuje w życiu wielkomięjskiem, opędza wydatki długami lub zarobkami dorywczezi, marnuje siły i pracę bez żadnej dla społeczeństwa korzyści, zwiększając proletaryat lekarzy bez praktyki, groźny dla całego stanu lekarzy.

A tymczasem na prowincyi brak lekarzy, bo mimo niskiej inteligencji naszego ludu 1 lekarz na 11,000 ludności (taki jest mniej więcej stosunek, jeżeli odtrącimy Warszawę i Łódź) — to chyba za mało. Pole tam do pracy wdzięczne i wdzięczne zadanie do niesienia pomocy tam, gdzie jej potrzebują. Że dziś i na prowincyi niema wielkich dochodów — rzecz wiadoma, ale głównie dzieje się to dlatego, że lekarze i na prowincyi koncentrują się przeważnie w miastach większych, pomijając mniejsze oraz osady. Gdyby nie to, nie utyskiwanoby może z jednej strony na brak lekarzy na prowincyi, z drugiej na brak pacjentów.

Skoro lekarz energiczny osiadzie w osadzie po praktyce w szpitalu, po latach kilku i dziś zdobywa od 1,000 — 2,000 rb. rocznie, na co w Warszawie musi czekać lat kilkanaście.

Zmniejszenie się liczby lekarzy w Warszawie nie nastąpi jednak dotąd, póki wszyscy nie uświadomią sobie faktu, iż już więcej lekarzy Warszawa nie potrzebuje, dlatego też kwestyę tę podniosłem i zilustrowałem cyframi, aby wątpliwości żadnej nie pozostawiała i aby uświadomienie przyszło jaknajrychlej.

Zmniejszenie się więc liczby lekarzy w Warszawie przez emigracyę po za jej rogatki jest pierwszym warunkiem poprawy bytu.

Z tego poczęści wypłynie drugi postulat wynagradzanie odpowiednie pracy lekarskiej w instytucjach i fabrykach, które wobec

zmniejszonej konkurencji zmuszone będą do lepszego wynagradzania pracy.

Rzuciłbym groch na ścianę, gdybym proponował zniesienie lecznic ogólnych i ambulatoryów specjalnych, ale wobec istnienia znacznej liczby ambulatoryów bezpłatnych, dokąd biedni udawać się mogą, oraz faktu, iż z lecznic korzystają i ludzie średnio zamożni, należałoby stanowczo cenę za poradę podnieść przynajmniej do 50 kop., co wobec podrożenia lokali i innych potrzeb w Warszawie jest rzeczą usprawiedliwioną zupełnie.

Współcześnie należałoby zaprowadzić ścisłą kontrolę nad ambulatoryami szpitalnymi, Tow. opieki nad nieuleczalnymi oraz t. p., aby w istocie tylko biedni mieli z nich prawo korzystać.

Na tem jednak nie koniec, polepszenie bytu musi opierać się głównie na lekarzach, szeregować więc się trzeba dla wspólnej pomocy i celowi temu odpowie w pierwszej linii założona niedawno kasa oszczędnościowo-pożyczkowa.

Nie na gromadzeniu jednak wyłącznie oszczędności i kredycie tanim będzie polegać działanie, zakres jej działalności rozwinie się dalej. Gromada wielki człowiek: otóż gromada ta, stowarzyszeni mogą od dostawców narzędzi, a nawet potrzeb życia żądać obniżki ceny, gwarantując im zbyt większy i tym sposobem dążyć do zmniejszenia wydatków.

Skoro kapitały kasy wzrosną, a przy przystąpieniu do niej gromadnem nastąpi to szybko, kasa ma prawo nabywać nieruchomości i stworzyć, choćby na wzór amerykański, domy z gabinetami przyjęć dla lekarzy, co, wobec niemożności zajmowania dziś większych lokali, stać się może koniecznością.

Powie mi kto, że są to marzenia, nie — bo wiemy dobrze, jak wielką rolę odgrywają w życiu stowarzyszenia i jak silną stać się mogą potęgą. Każdy ze 100 lekarzy oszczędzających rocznie po 300 rubli nie może uważać się za kapitalistę, ale 100 lekarzy właścicieli wspólnych 30,000 rb., to już kapitalista, który w świecie finansowym zaważy.

Obok więc wszystkich podanych powyżej środków, kto wie, czy owo szeregowanie się pod względem materyalnym nie jest rzeczą najpoważniejszą i zastanowienia godną.

Streszczam się.

Cyfry wymownie nas uczą, iż w Warszawie jest zbyt wielu lekarzy, że podaż jest większa niż popyt.

Ze zwiększonej podaży wynika obniżenie ogólne zarobków lekarzy.

Zwiększona podaż wpływa na utrzymywanie tanich ambulatoryów, szkodliwych dla stron obu.

Należy więc:

Zmniejszyć liczbę lekarzy w Warszawie, przynajmniej nie powiększać jej w ciągu długiego okresu czasu.

Dążyć do podniesienia opłat w lecznicach i ambulatoryach.
 Zaprowadzić kontrolę nad ambulatoryami bezpłatnymi.
 Stowarzyszyć się w istniejącej kasie dla samopomocy w najszerszym zakresie ¹⁾.

Józef Zawadzki.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go grudnia 1899 r.

(J. Z.). W dniu dzisiejszym nastąpi otwarcie nowej instytucji w Łodzi — Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej.

Instytucja ta powstała za przykładem Warszawy i na Towarzystwie warszawskiem wzorowała zarówno swą ustawę, jak i organizację wewnętrzną.

Po zatwierdzeniu ustawy zajęto się energicznie zbieraniem funduszy, oraz urządzeniem stacji i po kilku miesiącach dzięki niezłomnej pracy Zarządu, głównie zaś wiceprezesa kol. Pinkusa, udało się rzecz doprowadzić do skutku o tyle pomyślnego, że, prócz potrzebnych przyrządów, Pogotowie łódzkie posiada spory kapitał w zapasie.

Lekarzy dyżurnych mianowano 8, sanitaryuszy 7, woźniców 2. Wózów Towarzystwo posiada 3.

Lokal Towarzystwa, specjalnie przerobiony, mieści się przy ul. Spacerowej № 11.

Nowemu Towarzystwu życzymy rozwoju ku pożytkowi mieszkańców Łodzi.

—z.— W sali Ratusza odbywa się w chwili obecnej zjazd lekarzy kolejowych.

Zjazd ten powziął oryginalną uchwałę niedopuszczania do obrad przedstawicieli prasy nawet lekarskiej, wobec tego sprawozdania ze zjazdu umieścić nie możemy, ponieważ wiadomości nie będziemy czerpać z drugiej ręki.

—r.— *Woalka jako przyczyna czerwoności nosa.* W № 11-ym Berl. Klin. Woch. opisuje Rosenbach specjalnego rodzaju zaczerwienienie nosa, a niekiedy i policzków (erythema), którego przyczyną jest noszenie woalki. Woalka działa szkodliwie przez nacisk i przez to, że, napajając się parą wodną wydechową, działa na podobieństwo okładu rozgrzewającego, t. j. rozszerza naczynia. Z tego powodu zaczerwienienie nosa objawia się powyżej miejsc, na które uciska woalka, na policzkach zaś naturalny rumieniec rozdzielony bywa

¹⁾ Zarząd kasy zawiadamia nas, iż otwarcie tej instytucji nastąpi 1-go grudnia, lokal mieści się przy ul. Mazowieckiej, w pałacu bar. Kronenberga.

ukośną pręgą, ponad którą zabarwienie jest żywsze. Sprzyja występowaniu cierpienia szczerne przyleganie woalki, dłuższe jej niezdemowanie, rodzaj tkaniny, łatwa pobudliwość nerwowa naczyń skórnych, wreszcie katary nosa; charakterystycznym jest, że dotknięte cierpieniem damy obwiniają jedynie wpływ ostrego powietrza i szczernej obwijają twarz woalką, wówczas, gdy tę ostatnią zupełnie odrzucić należy, zaczerwienione miejsca smarować wazeliną i posypywać pudrem obojętnym, niekiedy masować, zważać też, aby z zimna nie wchodzić odrazu do mocniej ogrzanych przestrzeni. Pod wpływem takiego postępowania, a zwłaszcza po odrzuceniu woalki, zwykle cierpienie ustępuje, o ile naczynia stałe się nie rozszerzyły i niema pigmentacji skóry. Dla osób, oddających się sportowi na otwartym powietrzu np. ślizgawce, radzi autor noszenie krótkich woalek, ochraniających jedynie oczy, lecz nie pokrywających otworów nosowych.

—z.— Zmarł dr. L. Kadler w Warszawie.

Od administracji:

Uprasza się PP. prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1900 i uregulowanie prenumeraty za r. b.

Od Redakcyi.

„Kronika Lekarska“ wychodzić będzie w r. 1900, t. j. 21-szym swego istnienia, w tym samym zakresie i objętości.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. O znaczeniu rozpoznawczem krepitacyi (trzeszczeń) przy wysiękach do jamy opłucnej -- Franciszek Białokór -- str. 1161.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia ogólna i medycyna wewnętrzna.

512. Prof. Baumgarten — Przyczynki do nauki o naturalnej odporności — str. 1172.
513. W. M. Hafkine — O szczepieniach ochronnych — str. 1174. 514. L. Netter — Chemizm żołądka u ssawców karmionych mlekiem wyjałowionem — str. 1176.
515. P. Fürbringer — Technika nadymania żołądka — str. 1177. 516. Fürst — Zaparcie, jako powikłanie chorób kobiecych — str. 1178.

II. Choroby układu nerwowego.

517. Liebrecht — O istocie zjawisk żrenicowych i o ich znaczeniu rozpoznawczem — str. 1178. 518. Wolff — Stan mlecza pacierzowego przy nieruchomości żrenic zwrotnej — str. 1180. 519. W. Koenig — O zmiennej nierówności żrenic (mydryasis alternans) — str. 1181. 520. Hirschl — Oddziaływanie żrenicy na ból i oddziaływanie paradoksalne na światło w paraliżu postępowym — str. 1182. 521. Piltz — Odruch żrenicy wyobraźniowej — str. 1182. 522. H. Trenkeł — Nierówność żrenic w stanach chorobowych i zdrowych — str. 1182.

III. Choroby dzieci.

523. J. Lange — O obrzęku śluzowym (myxoedema) we wczesnym dzieciństwie — str. 1183. 524. J. Hainebach — Przyczynki do etyologii t. zw. gorączki gruźliczowej (Drüsenfieber) Pfeiffer'a — str. 1184. 525. Dr. Katzenstein — Objawy parasyfilityczne przy przymocie wrodzonym u dzieci — str. 1185. 526. E. Vollmer — O rozszerzaniu chorób zaraźliwych przez uczęszczanie do szkół — str. 1187.

IV. Wiadomości pomniejsze — str. 1188.

V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego -- str. 1190.

VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 1192.

VII. Odcinek — str. 1200.

Kronika bieżąca — str. 1207.

Od administracyi — str. 1208.

Od Redakcyi — str. 1208.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

PRACOWNIA PATOLOGICZNA
Dra Juliana Steinhaus

przeniesioną została

na ul. Wspólną Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesieków, i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

NAJSTRAWNIEJSZA

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.



Według chemicznego rozbioru uskutecznionego przez c. k. Profesora Chemii Lekarskiej, Rady Dworu Ernesta Ludwiga woda ta w 10.000 części zawiera na wagę:

Kwasu arsenawego 0,061
Siarczanu tlenu żel. 3,734.

wyłączne prawo wysyłki posiada firma

Heinrich Mattoni

Francensbad, Wiedeń, Karlsbad.

OJCÓW

Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych.

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, mechanoterapia, gimnastyka, wody mineralne.—Poczta i telegraf na miejscu.—Ceny mieszkań i stołowania w czasie zimowym niższe.—Chorych umysłowo Lecznica nie przyjmuje.

Dyrektor Zakładu Dr. Stanisław NIEDZIELSKI.

D-r Heyman-Kleczewski

ordynuje w Nicei

44 Avenue de la Gare.