

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (d-r E. Flatau). Przez S. Goldflama. (Ciąg dalszy). — Przyczynek do rozpoznawania zapalen włośniowych opłucny u dzieci. (Objaw trojaka. — Signe du sou — Pires'a). Podał J. Brudziński. (Dokończenie). — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 28 stycznia r. b. — Działalność wydziału higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych (od dnia 25 listopada 1898 roku do końca roku 1901). Skreślił H. Dobrzycki. — BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA. Gruźlica jako choroba społeczno-narodowa i walka z nią. — Korespondencya z Pragi Czeskiej. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Goldflam — Sur la paralysie asthénique. Examen anatomopathologique d'un cas. (D-eur E. Flatau). 2) D-r J. Brudziński — Contribution à la diagnostique des pleurésies chez les enfants (Signe du sou).

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Goldflam — Ueber die asthenische Paralyse nebst der post mortem Untersuchung eines einschlägigen Falles (D-r E. Flatau). 2) D-r J. Brudziński — Ein Beitrag zur Diagnose der Pleuritiden bei Kindern.

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

DALSZE UWAGI NAD PORĄŻENIEM ASTENICZNEM, wraz z wynikiem badania pośmiertnego

JEDNEGO PRZYPADKU (D-^R E. FLATAU).

Przez

S. GOLDFLAMA.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 9).

Jeżeli temu przeciwstawić przypadki postępującej oftalmoplegii t. zw. *polioencephalitis sup.*, *polioencephalitis infer.*, *poliomyeloencephalitis*, dziecięcych i rodzinnych porażen opuszkowych i t. d., gdzie również istniał powyższy objaw, to okazuje się, że występował on tu w formie szczytkowej; w takiej doskonałości, w takich rozmiarach, z taką stałością i szybkością jest ten objaw właściwy porażeniu astenicznemu. Zachodzą tu może różnice tylko ilo-

ściowe, lecz one to są niezmiernej wagi. Dołącza się tu jeszcze i ta okoliczność, że objaw wyczerpania w porażeniu astenicznem występuje nie tylko w obrębie porażonych lub osłabionych mięśni; istnieje on i w tych dziedzinach mięśniowych, które pozornie pozostały nietknięte, rozporządzają całą pełnią swej sprawności funkcjonalnej, a przynajmniej co do których chorzy nie uskarżają się na osłabienie; trzeba dopiero szukać w nich tego objawu, aby go ze stanu ukrycia na jaw wydobyć. Jest to druga wybitna różnica, zachodząca między objawem wyczerpania w porażeniu astenicznem i w innych stanach chorobowych. W dodatku, pierwotna sprawność czynnościowa odzyskuje się nader szybko, już po bardzo krótkim wypoczynku, i fakt ten występuje tu tak jaskrawo, jak w żadnej z wymienionych chorób. Ten szczególny objaw, że wyczerpanie się jednej dziedziny wpływa porażająco na inne, pozostające w spokoju, zdaje się również być właściwy jedynie porażeniu astenicznemu, występuje jednak nie stale. Słusznie też STRÜMPELL określa nienormalne wyczerpywanie się mięśni, jako właściwe, podstawowe zjawisko rzeczony choroby, i OPPENHEIM uważa je za charakterystyczne dla nerwicy opuszkowej³⁵⁾.

W ścisłym związku z nienormalnem wyczerpywaniem się należy postawićienne wahania: wieczorne nasilenia i najsłabsze natężenie objawów w ciągu rannych godzin, po wypoczynku. STRÜMPELL zwrócił na to uwagę, że trwałe niedowładz występują w tych mięśniach, które pozostają w ciągłym prawie stanie napięcia, a więc stale są znużone. Głównie dotyczy to mięśni, unoszących powieki, karkowych, szyjowych, żwaczy, mięśni mimicznych twarzy, ocznych; jednakże zdarzają się niedowładz, a nawet porażenia, jak to OPPENHEIM zaznacza, i w takich dziedzinach mięśniowych, które nie pozostają w stanie ciągłego skurczu, jak np. w narządzie mowy, połykania, w kończynach i t. d., a które również wykazują objaw wyczerpania.

Wahania w natężeniu objawów, nasilanie się ich i zmniejszanie, rozciągają się na długie okresy tygodni i miesiący. Jeśli rozejrzeć się w dłuższym okresie np. 10-letniej nieprzerwanej obserwacji, to okaże się, że cały prze-

³⁵⁾ Nie mogłem wyszukać ani jednego przypadku porażenia organicznego, w którymby objaw wyczerpania występował tak jak, przy porażeniu astenicznem. Jeżeli S. KALISCHER w przypadku polioencephalitis pisze: „Chory mógł w dalszym przebiegu choroby zrana po wypoczynku nocnym mieć oczy przez godzinę otwarte i czytać, jak również 1 — 2 razy przejść się przez pokój, w ciągu dnia było to dlań niemożliwe; gdy dobrze wypoczął, to mógł za ledwie jedną minutę mieć oczy otwarte i t. d.“, to opis ten jest całkiem różny od obrazu, jaki kreśli w dwóch innych przypadkach, niewątpliwie należących do porażenia astenicznego; tu powiada np. „przy powtarzającym się podnoszeniu i opuszczaniu żuchwy występuje szybkie wyczerpanie i niezdolność funkcyj“, „barki, zarówno jak i ramiona bywają podnoszone i opuszczane dobrze, lecz powtarzanie raz po raz podnoszenia ramion powyżej linii poziomej jest ledwo możliwe, ramiona wkrótce zupełnie odmawiają posłuszeństwa“, albo „ruchy obrotowe, boczne, opuszczanie i podnoszenie głowy przy wielokrotnem powtarzaniu ruchu stają się bezsilne, tak samo szybko ulegają porażeniu i mięśnie tułowia, gdy na początku zginanie, wyprostowywanie, ruchy obrotowe tułowia są wykonywane silnie“ i t. d. i t. d. KALISCHER dodacza uwagę, że tego rodzaju wyczerpywanie się, jak to już JOLLY zaznacza, mogłoby się przytrafiać tu i owdzie i w zwykłym porażeniu opuszkowem lub postępującym zaniku mięśniowym i dystrofii; lecz tu nigdy nie dosięgnie ono tego stopnia, wyczerpanie nastąpi tylko po dłuższej czynności albo wysiłku, gdy tymczasem tam zjawia się już po kilkakrotnem powtórzeniu prostych, niezłożonych ruchów. GIBSON mógł również stwierdzić wyczerpywanie się w pojedynczych dziedzinach mięśniowych w swoim przypadku dziedzicznego nerwowego cierpienia (Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhe. Bd XVII H. 1 und 2), lecz i tu dalekie jest ono od tej miary, w jakiej występuje w porażeniu astenicznem; badanie dynamometrem dawało u jego chorego po 4 próbach jeszcze liczby 30 klg.

bieg przedstawia ciągle fluktuacye objawów, szczyty i spadki. Już wielokrotnie wskazywałem na owe znaczne zwolnienia, które sięgają stopnia rzezywistych przestanków. Spotykają się one i w innych chorobach, np. w paraliżu postępującym, rozsianem stwardnieniu, lecz tutaj są one jedynie możliwością, gdy w porażeniu astenicznem stanowią regułę, o ile chory nie ginie już w pierwszym napadzie; tam nigdy nie są tak zupełne, nie trwają niekiedy przez całe lata. Jednakże przy bliższem badaniu osobników, znajdujących się w okresie zwolnienia, znaleźć można to lub owo zboczenie, choćby tak nieznaczne, jak ledwo dostrzegalne opadnięcie powieki, osłabienie miękkiego podniebienia lub nieruchliwość mięśni twarzy, tak mało przytem uświadomione, że osoby te uważają siebie za zupełnie zdrowe, nie doznają żadnych przeszkód w swoich zwykłych czynnościach. Zboczenia te są dowodem, że choroba wciąż tli jeszcze, że nie wygasła całkowicie; brak też i objawu wyczerpania. Jedynie w przypadku O. nie udawało się w okresie przestankowym nic wykryć, i można było mówić o wyzdrowieniu; lecz i ten chory nie ustrzegł się nawrotu, wykazywał bowiem objawy porażenia astenicznego podczas odrębnej całkiem choroby, mięsaka płucnego, od której zmarł

I nie tylko w czasie napadów porażenia astenicznego, kiedy objawy przybierają na natężeniu i rozprzestrzenieniu, trwa ciągle falowanie i wahanie objawów; nie brak go też i w okresach zwolnienia, gdy następuje poprawa.

Przebieg nie zawsze bywa tak długotrwały, rozciągający się na dziesięciolecie przeszło, jak w przypadku O. lub T. (przypadek MURRI'ego podobno trwał 12 lat). Niekiedy chory ginie po paru miesiącach, już w pierwszym napadzie, jak np. chora B. W niektórych przypadkach, gdzie choroba pozornie ostro wybucha i w ciągu tygodni dosięga najwyższego rozwoju i niebezpieczeństwa, poprzedzają ją w przeciągu miesięcy i lat zwiastuny, zazwyczaj przemijające i nieokreślonej natury i wskutek tego w swoim czasie nierozpoznawane. Wskazujemy na przypadki B. i K., w których na miesiące i lata przed właściwym napadem pojawiały się opadnięcie powiek, podwójnowidzenie, lekkie zaburzenie mowy.

W czasie remisji znika lub zmniejsza się znacznie nienormalne wyczerpywanie się, również i nieprawidłowy odczyn na prądy faradyczne, jakem to

Przypadki, w których objaw wyczerpania występuje w formie jaskrawej, należą właśnie do porażenia astenicznego, jakkolwiek figurują pod innym mianem. Stosowałbym to twierdzenie i do przypadku HIGIERA polyneuritis i polioencephalitis, sekeyjnie nie badanego („Gazeta Lekarska“ 1894. Nr. 16, 17, 18, 20), a opieram się nie tylko na młodym wieku chorej, braku zaników, drżenia włókienkowego po wielu latach trwania choroby, zajęciu ruchowej gałęzi nerwu trójdzielnego oraz górnej twarzowego, lecz także i na całym przebiegu cierpienia oraz tym fakcie, że przed 15 laty istniało w ciągu wielu lat osłabienie górnych powiek, że przy drażnieniu prądem faradycznym nerwu kulszowego oraz mięśnia wyprostnego goleni siła skurczów stopniowo padała do zera, a więc i na MYA R.

U GUILNON'a i PARMENTIER'a (de l'Ophthalmoplegie externe combinée à la Paralysie glosso-labio-laryngée et à l'atrophie musculaire. Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière 1890 et 1891) znajduję pomiędzy innymi Observation XXIII, communiquée par Charcot et Troisier sous le titre Paralysie bulbaire à début ophthalmoplogique oraz Observation XXV personnelle de Paralysie bulbaire totale à début glosso-plegique; paralysie faciale; ophthalmoplegie externe, obie bez sekeyi, które mojem zdaniem należą do porażenia astenicznego. Zapewne to samo dotyczy i przypadku RAYMOND'a, un cas d'ophthalmoplegie nucléaire exterieure (Gazette des Hôpitaux. 1890. Nr. 26) z objawami opuszkowymi i zejściem w wyzdrowienie, a także przypadku GOLDZIEHER'a, ophthalmoplegia externa bilateralis (Ref. w Neurol. Centr. 1893, S. 746), oraz SEELIGMÜLLER'a (Ein Fall von chronischer Polioencephalomyelitis Neurol. Centr. 1889, Nr. 6), oba bez badania pośmiertnego.

mógł stwierdzić w jednym przypadku. Ta Mya R, po raz pierwszy przez JOLLY'ego opisana, jest jednym z najciekawszych zjawisk porażenia astenicznego.

[Mosso twierdzi, że w stanie fizyologicznym mięsień daje odczyn bardzo podobny do myastenicznego, i cytuje w tym względzie KRONECKER'a, któremu się udawało otrzymać 1000, a nawet 1500 skurczów w mięśniu żaby, drażnionym przez oddzielne uderzenia faradyczne; wysokość linii, wyrażających te skurcze na myografionie, zmniejszała się prawidłowo aż do zupełnego ich zniknięcia w miarę wzrastania znużenia. KRONECKER wyprowadza ze swych doświadczeń wnioski następujący: krzywa znużenia dla obciążonego mięśnia, drażnionego w równych odstępach czasu prądami indukcyjnymi równej siły (maksymalnymi), jest linią prostą. KRONECKER wykazał, że pod względem znużenia istnieją różnice indywidualne, zarówno u ciepłokrwistych, jak u żab.

Mięśnie pewnych psów nie reagują już po 150 skurczach lub odpowiadają minimalnymi, prawie niewidzialnymi drganiem, gdy tymczasem mięśnie innych osobników w tych samych okolicznościach, przy obciążeniu 40—50 grm. dają 350—500 a nawet 1500 skurczów, zanim się wyczerpią zupełnie.

Mosso w swoich badaniach ergograficznych na ludziach zdrowych i nie wyczerpanych umyślowo spotykał objawy zupełnie analogiczne. Drażniąc prądem elektrycznym mięsień lub nerw odpowiedni, otrzymywał krzywą, która wskazywała, że siła mięśnia wyczerpuje się stopniowo. Stopniowe zmniejszanie się skurczu następuje w ten sam sposób, jak przy kurczeniu się mięśnia pod wpływem impulsu woli. W obu przypadkach krzywa posiada typ charakterystyczny i indywidualny. Oczywiście figury krzywych są bardzo do siebie w obu przypadkach podobne. Czyż trzeba wykazywać, jak bardzo podobne są te fakty do tych, które obserwujemy przy odczynie myastenicznym? Podobieństwo i zgodność są tu wprost uderzające i musiałyby znacznie zmodyfikować nasze poglądy na reakcję myasteniczną. Trzeba jednak poczekać na dalsze badania, jak również na wyjaśnienie, ile czasu upłynąć musi, aby znużenie i obniżenie wrażliwości elektrycznej u zdrowego człowieka doszło do ustania wszelkiego skurczu. Kto się zajmował elektrodyagnostyką, zgodzi się na to, że objawy wyczerpania, zarówno powyżej opisane, jak również tak niezwykle występujące przy Mya R, są zresztą mało zbadane].

Z pośród 6 przypadków, badanych przezemnie w sposób, przez JOLLY'ego podany, Mya R istniała w 5, ztąd wynika wielka doniosłość tego objawu. Zazwyczaj trudno jest określić rozprzestrzenienie tego zjawiska, albowiem badanie prądem faradycznym nuży w wysokim stopniu chorych, a nawet pociąga za sobą pogorszenie; przypadek K. dowodzi, że odczyn myasteniczny może być bardzo rozprzestrzeniony. Z mojego doświadczenia to twierdzić mogę, że Mya R nie wszędzie tam wykazała się dając, gdzie istnieje apokamnoza, odczyn myasteniczny bez nadmiernej wyczerpalności zdaje się wogóle nie istnieć,— że ta ostatnia znacznie większe obszary obejmuje, niż Mya R, która nie koniecznie występować musi w tych dziedzinach, w których najjaskrawiej objaw wyczerpania jest wyrażony, lecz natomiast istnieć może i w obrębach mięśniowych, lżej dotkniętych, i zdaje się później występować, niż objaw wyczerpania (przypadek O.). Zgodnie z MURRI'm znalazłem, że znużenie, wywołane impulsami woli, nie wpływa na pobudliwość faradyczną i na występowanie Mya R i na odwrót, mięśnie, których kurczliwość za pomocą prądu faradycznego prawie do wygaśnięcia doprowadzona została, bezpo-

średnio po tem posłuszne są woli. Raz tylko zdawało się w przypadku O., że skurcz, wywołany faradycznym strumieniem w mięśniu, uprzednio wyczerpanym przez impulsy woli, był słabszy, niż pierwotnie.

Najczęściej spostrzegałem jedynie znaczne obniżenie kurczliwości faradycznej; po dłuższem nawet działaniu strumienia można było wciąż jeszcze zauważyć słaby skurcz, rodzaj wibracji mięśnia w chwili zamykania prądu. W przypadku O. dawało się spostrzegać przetrwanie skurczu przy drażnieniu faradycznym, już po znacznem obniżeniu stopnia kurczliwości mięśniowej.

Co do wyniku dalszych badań nad odczynem myastenicznym, odsyłam do obserwacji K. i zaznaczam jedynie, że odczyn, wywołany w jednym punkcie drażnienia nerwu, nie wpływa na pobudliwość innego punktu drażnienia w tymże nerwie, że odczyn, istniejący w nerwie, nie zmienia bezpośredniej pobudliwości faradycznej odnośnych mięśni, ani odczyn w mięśniu pobudliwości w nerwach, że wreszcie pod względem odczynu myastenicznego nie masz zgola wzajemnego wpływu na siebie różnych punktów ruchowych jednego mięśnia.

Czas wypoczynku, potrzebny dla odzyskania pierwotnej pobudliwości faradycznej, zdawał się być dłuższy, niż przy wyczerpaniu przez wolę i trwał około jednej minuty.

Postępowałem wedle danych JOLLY'ego i znalazłem, że najlepsza jest metoda szybko po sobie następujących faradycznych, tetanizujących strumieni.

(C. d. n.).

Z DOMU WYCHOWAWCZEGO PRZY SZPITALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE.

PRZYCZYNEK DO ROZPOZNAWANIA ZAPALEŃ WYSIĘKOWYCH OPŁUCNY U DZIECI.

(Objaw trojaka. — *Signe du sou, Pitres'a*).

Podał

Józef Brudziński.

(Dokończenie. — Zob. Nr 9).

Przeglądając odnośną literaturę, znalazłem w literaturze francuskiej dość już dokładne dane kliniczne, przeprowadzone nad wartością objawu rozpoznawczego przy wysiękach opłucny t. zw. *Signe du sou*, nazwanego tak od miedzianej monety francuskiej. W spolszczonem brzmieniu nazwałbym ten objaw — objawem trojaka. Objaw ten polega na tej samej zasadzie, co objaw TROUSSEAU przy odmie piersiowej — skombinowaniu wysłuchiwania z opukiwaniem. W pewnym punkcie klatki piersiowej opukuje się miedziakiem po miedziaku, w punkcie symetrycznym przeciwległej ściany klatki piersiowej wysłuchujemy. Pierwszy zastosował tę metodę badania przy wysiękach opłucny prof. PITRES z Bordeaux. Wyniki jego badań, podane w r. 1898 w „Archives Cliniques de Bordeaux“, streścić się dają w sposób następujący: Przy wysłuchiwaniu dźwięku, wywołanego metodą, wyżej podaną, nad płucem zdrowem słyszymy dźwięk przytłumiony, niemetaliczny, jeżeli zaś w jamie

opłucny jest wysięk, to dźwięk dochodzi do ucha z charakterem pierwotnym metalicznym. Ucho wolne powinno być zatkane, by nie dochodził przez powietrze otaczające dźwięk, nieprzeprowadzony przez klatkę piersiową.

PITRES badał znaczenie tego objawu u dorosłych i stwierdził, iż dźwięk metaliczny słyszy się jedynie przy wysiękach opłucny.

MOUSSOUS wraz z LAMARQUE'm przeprowadził odpowiednie badania u dzieci w klinice w Bordeaux. MOUSSOUS potwierdza w zupełności wartość rozpoznawczą objawu PITRES'a przy wysiękach opłucny u dzieci (w 7 przypadkach). Dla stworzenia warunków dowolnych MOUSSOUS zastrzykiwał do jamy opłucny trupów dzieci (ogółem w 7 przypadkach) pewną ilość płynu od 50 — 500 ctm. sz. i badał na objaw trojaka w tych warunkach — otrzymywał objaw bardzo wyraźny.

W licznych przypadkach *bronchopneum.* i *pneum. croupos.* MOUSSOUS otrzymywał objaw trojaka, ujemny — dźwięk dochodził do ucha przytłumiony bez przydźwięku metalicznego, więcej przytłumiony, niż przy badaniu płuca normalnego. Zmiany gruźlicze w płucach również nie dawały objawu trojaka.

MOUSSOUS zauważył, iż objaw trojaka u dzieci mniejszych występuje niekiedy niezbyt wyraźnie, przewodnictwo dźwięku po stronie z wysiękiem jest znacznie lepsze, lecz przydźwięk metaliczny mniej wyraźnie występuje. MOUSSOUS tłumaczy to tworzeniem się zrostów z jednej strony, a z drugiej strony podpieraniem narządów oddechowych przez przeponę przy tak częstem u dzieci wzdęciu brzucha, przez co płyn w jamie opłucny rozlewa się nierównomiernie i nie utrzymuje się na stałym poziomie.

Stale od czasu ogłoszenia pracy PITRES'a (w r. 1898) posiłkuje się objawem trojaka w rozpoznawaniu wysięków opłucny u dzieci prof. AUSSET z Lille. Przyznaje on duże znaczenie temu objawowi, twierdząc, iż nigdy go nie zawiodł („jamais il ne m'a pas trompé“), dzięki temu objawowi nie tylko udawało się rozpoznawać wysięki nierozpoznane, lecz zarazem oznaczać granice wysięku prawie równie dokładnie, jak przy radiografii. Ciekawy jest pod tym względem cytowany powyżej przypadek AUSSET'a. Stwierdziwszy istnienie objawu trojaka, AUSSET stanowczo zrobił rozpoznanie wysięku ropnego i dla przekonania rodziców o potrzebie zabiegu operacyjnego, w celu opróżnienia ropy, zaproponował im przekłucie próbne. Wykonał z przekłucia, ropy nie otrzymał. Pomimo to, opierając się na istnieniu objawu trojaka obok innych objawów, przemawiających za wysiękiem, obstawał przy swem rozpoznaniu. Prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a wykazało, iż cała lewa jama opłucny wypełniona była płynem, serce pulsowało pod mostkiem i wystawało po za brzeg prawy mostka.

Następnego dnia dokonano rezekcyi żeber, z jamy opłucny wyszło więcej, niż litr ropy.

Zachęcony tak dobrymi wynikami, otrzymanymi przez cytowanych autorów, podjąłem badania odpowiednie w Domu Wychowawczym. Skłoniła mnie do tego jeszcze okoliczność, iż badania dotychczasowe co do objawu trojaka ograniczały się do dzieci powyżej roku wieku, badanie więc pod tym względem niemowląt mogłoby rzucić nieco odmienne światło. Badania usystematyzowałem w ten sposób, iż badałem na objaw trojaka szereg niemowląt bez przypuszczalnych zmian w płucach, również większą liczbę dzieci starszych (od 7 do 14 lat — ogółem 60), po zatem badałem dzieci chore na zapa-

lenie płuc (3), o ile się trafiały w tym czasie, wreszcie podejrzane z innych objawów o wysięk opłuczny.

Badanie dzieci starszych przekonało mnie niezbicie, iż objaw trojaka nad płucem zdrowym nie powstaje nigdy, dźwięk dochodzi do ucha przytłumiony, słycać oddzielne uderzenia mniej lub więcej wyraźnie, lecz jak gdyby dochodziły z daleka, nawet przydźwięku metalicznego nie słyszy się zupełnie.

Badanie pod tym względem niemowląt (przeważnie 1 — 3 mies. do 6 mies. wieku) dało wynik podobny — uderzenia słycać znacznie wyraźniej, niż u dzieci starszych, lecz również bez przydźwięku metalicznego. U niemowląt wynędzniałych (niekiedy 2500 wagi), z nadzwyczaj małą i wąską klatką piersiową, zwłaszcza z niedodmą płuc, przydźwięk metaliczny występował w paru przypadkach (2) o tyle wyraźnie, że mógł w błąd wprowadzić. Po pewnym czasie przy poprawie stanu ogólnego i stanu narządów oddechowych, przydźwięk metaliczny stawał się coraz mniej wyraźny.

W przypadkach zapalenia płuc objaw trojaka nie występował: dźwięk słycać jeszcze więcej przytłumiony, niż nad płucem zdrowym, i to nawet u dzieci bardzo wynędzniałych, jak o tem świadczą następujące przykłady. Dominika Kędz. 2 $\frac{1}{2}$ mies. bardzo marnego odżywiania, klatka piersiowa nadzwyczaj wąska. Z prawej strony z tyłu w dolnej części płuca i pod prawą pachą mnóstwo trzeszczeń.

Objaw trojaka ujemny, dźwięk przytłumiony.

Exitus w kilka dni. Na sekcyi: *Bronchopneumonia dextra*.

U innego znowu dziecka po stronie lewej stwierdziliśmy przydźwięk metaliczny, (dźwięk głuchy po stronie prawej), oddech osłabiony i stłumienie były również po stronie lewej — przekłucie próbne dało wynik ujemny. Na sekcyi płuco lewe okazało się wolnem, natomiast prawe zajęte było sprawą pneumoniczną.

Objaw trojaka stwierdziłem w ośmiu przypadkach, w 5 u niemowląt, w 3 u dzieci starszych.

Dziecko 2 mies. (Wierczuk). Trzeszczenia liczne z tyłu po prawej i po lewej stronie, przytłumienie odgłosu opukowego po stronie lewej. Z tyłu po obu stronach u dołu — wyraźny objaw trojaka. W kilka dni po tem (18. X.) badanie daje takie same wyniki. 21. X. na sekcyi stwierdzono: *Bronchopneumonia* — w obu jamach opłucznych po łyżce surowiczokrwawego płynu.

W przypadku tym objaw trojaka wykrył istnienie wysięku. Nawiasem tu zaznaczę, że wysięki surowiczokrwawe nie są wcale rzeczą tak rzadką u niemowląt, jak u starszych. HERVIEUX spostrzegał takie wysięki w 3 przypadkach na 14 przypadków wysięków opłuczny u niemowląt (cytow. u NETTER'a), spostrzegali je również WEBER, BEDNAR i in. (*ibidem*). U dzieci starszych ISRAEL na 206 przypadków zapalenia opłuczny u dzieci spotkał 2 razy wysięk krwotoczny, i raz surowiczokrwawy.

Ciekawy pod tym względem jest następujący spostrzegany przez nas przypadek:

Antoni Ros. 1 rok 9 mies. Budowa i odżywianie upośledzone. Zmiany rachityczne. 13. IX. Ciepłota 40°, oddech 80. Z tyłu po stronie prawej stłumienie, poczynając od kąta łopatki, oddech oskrzelowy. 16. IX. Po stronie prawej stłumienie z tyłu na całej przestrzeni płuca, oddech osłabiony z charakterem wyraźnie oskrzelowym. Po stronie lewej oddech pęcherzykowy

zaostrzony. Przekłucie próbne dało około 1,5 ctm. sz. płynu krwawego (pod mikroskopem ciałka krwi i ciałka ropne). Dnia następnego badanie na objaw trojaka wypadło nader dodatnio — po stronie prawej sły-chać wyraźnie dźwięk metaliczny. Dni następnych ciepłota wciąż ponad 39°, zmiany w płucach, jak przedtem. Rozwija się *oedema glottidis*, oddech steno-tyczny. 25. IX *exitus*. Sekcyja wykazała — *Induratio pulm. dextri post pneum. croup. Pleuritis haemorrh. dextra. Oedema glottidis*.

Dziecko 4 $\frac{1}{2}$ mies. (Wrzosek), niezłego odżywiania. 22. IX ciepłota 39,4° (*in recto*), dochodzi do 39,8° i wyżej, na tym poziomie trzyma się przez cały czas choroby. 23. IX z tyłu po stronie lewej stłumienie, oddech oskrzelowy. 28. IX. Stłumienie zupełne, oddech oskrzelowy osłabiony u dołu, mnóstwo trzeszczeń (po stronie lewej), oddech oskrzelowy i trzeszczenia po stronie prawej. Objaw trojaka bardzo wyraźny po stronie lewej, dźwięk głuchy po stronie prawej. 30. IX. Na sekcyi stwierdzono: *Pneumonia duplex. Pleuritis serosa fibrinosopurulenta sinistra*. Ogromna ilość płynu. Całe płuco pokryte złogami włóknika.

Bardzo wyraźny objaw trojaka stwierdziliśmy wraz z kol. KRAMSZTYKIEM, zaproszonym na naradę, u dziecka 11 mies. jednego z kolegów. Przekłucie próbne, dokonane bezpośrednio po tem, wykazało obecność wysięku ropnego, tego samego wieczora przyrządem POTAINÉ'a wydostano około 300 ctm. sz. rzadkiej ropy.

Bardzo ciekawy jest przypadek następujący ze względu, iż dokonane przekłucie próbne ujemne świadczyło przeciw wysiękowi, jednocześnie jednak stwierdzono bardzo wyraźny objaw trojaka (przy kilkakrotnem badaniu): po miesiącu objawu trojaka nie stwierdzono.

Dziecko niespełna rok wieku. *Rhachitis. Inanities*. Od 1. X. ciepłota pomiędzy 37,4 — 38,8° i wyżej. *Opisthotonus*. 17. X. Pod lewą łopatką oddech oskrzelowy, pod prawą pachą stłumienie pod 5 żebrem, oddech prawie że nie słyszalny. Objaw trojaka występuje wyraźnie z tyłu po stronie prawej u dołu, od pachy do pachy jedynie przydźwięk meta-liczny. 21. X. stłumienie wybitne po prawej stronie z tyłu. Dokonano przekłucia próbne *in lin. axill. dextra*, otrzymano zalewie kilka kropel płynu krwawego, igła napotykała jak gdyby na twarde ciało. 22. X. objaw trojaka wyraźny. 24. X. objaw trojaka wyraźnie słyszalny po stronie prawej z tyłu i pod pachą prawą.

Stan wciąż tak ciężki, że zgonu oczekiwano lada chwila, zwłaszcza, że dziecko przed chorobą było już niezmiernie wyniszczone. Pomimo to choro-ba przeciągnęła się aż do końca listopada. *Opisthotonus* znikł. Objawy fi-zyczne zmieniły się o tyle, że stłumienie po stronie prawej było mniej wy-raźne, *exitus* 30. XI. Na parę dni przed tem badanie na objaw trojaka dało wynik ujemny. Na sekcyi stwierdzono: Prawe płuco całkowicie zrosnięte z opłucną, wysięku niema; ropienie płuca: tkanka płucna zniszczona prawie w $\frac{1}{8}$ części. W lewym płucu niewielkie ropienie w szczycie.

Badanie pośmiertne wyjaśniło więc tę sprawę — mieliśmy tu do czynie-nia przy pierwszym badaniu z wysiękiem; po wessaniu się wysięku i wytwo-rzeniu się zrostów — i objaw trojaka nie występował więcej. Objaw trojaka był w danym przypadku daleko więcej miarodajny pod względem rozpo-znawczym, niż przekłucie próbne.

Objaw trojaka występował wyraźnie w trzech przypadkach następują-cych u dzieci starszych (7 — 8 lat).

1) Aleksander Grz. 8 lat. Przyjęty do infirmaryi chłopców 12. IX. ze skargami na ból głowy i ogólne osłabienie, ciepłota 39° wieczorem Budowa i odżywianie mniej, niż średnie. Gruczoły podpachowe i pachwinowe powiększone. Objaw SMITH'a. Na skórze nie spostrzega się żadnej wysypki. Gardło nie zajęte. Przy badaniu płuc — świsty i rżenia suche, głównie z tyłu po lewej i z przodu po prawej stronie. Nad lewym szczytem z tyłu wydech z charakterem oskrzelowym (spozrzegany już dawniej). Wypukowych zmian niema. 14. IX. ciepłota 38° rano, wieczorem 37°, następnych dni ciepłota trzyma się na tym samym poziomie (niekiedy powyżej 38°). 22. IX. 37,6° rano, powoli powraca do normy.

17. IX. Ciepłota 38,4°. Z przodu po stronie prawej od 4-go żebra stłumienie, które idzie pod pachę. Z przodu oddech zaostrozony, pod pachą osłabiony. Pod pachą bardzo wyraźny objaw trojaka, nad innymi częściami płuc dźwięk głuchy. 19 IX. dokonano próbnego przekłucia *in lin. axill. dextra*. Otrzymano bardzo niewielką ilość surowiczego, nieco krwawego płynu, pod mikroskopem niewielka ilość ciałek ropnych i czerwonych krążków krwi. Objaw trojaka wyraźny.

25. IX. Stłumienie odgłosu opukowego znacznie się wyjaśniło, oddech wyraźniej słyszalny. Objaw trojaka mniej wyraźny, słycać przydźwięk metaliczny. 28. IX. Stłumienie bardzo nieznaczne. Oddech słyszalny. Objaw trojaka ujemny. Uderzenie słycać nieco wyraźniej, niż nad innymi częściami płuc, lecz charakter metaliczny już nie występuje.

2) Aleksander Dynd. 8 lat. 10. IX. Kaszel. Ciepłota 38°. Gruczoły podpachowe powiększone. Objaw SMITH'a. Pod prawą pachą i z przodu pod obojczykiem oddech oskrzelowy, od czasu do czasu słycać trzeszczenia. Stłumienie odgłosu opukowego. 10. IX. wieczor. ciepłota 39,4°, 11. rano 37,6°, wiecz. 38,4°, 12. rano 36,8° — wieczor. 39,8°. Z małemi wahaniami ciepłota trzyma się na tej wysokości do 16-go, potem zaczyna powracać do normy.

14. IX. ciepłota 39°. Liczba oddechów 60. Tętno 140. Z przodu od 2-go żebra stłumienie odgłosu opukowego, występujące i pod prawą pachą. Oddech oskrzelowy, trzeszczenia, po kaszlu obfite rżenia drobnobańkowe.

21. IX. Pod prawą pachą stłumienie, poczynające się pod 6-em żebrzem, oddech osłabiony. Wyraźny objaw trojaka.

28. IX. Stłumienie, oddech osłabiony, objaw trojaka, jak przedtem. Ponad osłabionym oddechem ku górze i ku przodowi oddech oskrzelowy. Śledziona wyczuwalna.

2. X. Stłumienie pod pachą na 8 żebrze. Oddech ku przodowi z charakterem oskrzelowym, pod pachą oddech słyszalny. Objaw trojaka nie występuje. Słycać uderzenia bez przydźwięku metalicznego.

3) Feliks Fis. 7 lat. Budowa i odżywianie upośledzone. Od maja r. b. przechodził odrę, *otitis med., bronchopneum. dextra. laringitis crouposa*. Gruczoły podpachowe i pachwinowe powiększone. Wyraźny objaw SMITH'a.

5. XI. Ciepłota 39°. Przy badaniu płuc — świsty i rżenia z tyłu, w przestrzeni międzyłopatkowej lewej u góry wydech wydłużony z charakterem oskrzelowym, od 10. IX. stan bezgorączkowy. Kaszel trwa, silne pocenie się. 20. IX. Ciepłota 38°. Badanie wykazuje: stłumienie odgłosu opukowego pod prawą pachą na 6 żebrze. Oddech osłabiony (ciepłota następnych dni prawie normalna rano, podnosi się ku wieczorowi do 38° i wyżej). Pod pachą na miejscu stłumienia szmer tarcia opłucny. Bardzo wyraźny objaw trojaka.

24. IX. Dokonano przekłucia próbnego — z wynikiem ujemnym.
26. IX. Nad miejscem osłabionego oddechu i nieco ku przodowi oddech oskrzelowy. Szmeru tarcia opłucny nie słycać. Wyrażny objaw trojaka. Stłumienie na 7 żebrze. *Tumor lienis*.

1. X. Stłumienie nad 8 żebrem. Objaw trojaka nie występuje.

3. X. Stłumienie pod 8 żebrem. Oddech jeszcze nieco osłabiony. Objaw trojaka ujemny.

W trzech przypadkach powyższych mieliśmy do czynienia z wysiękiem surowicznym ograniczonym, w ostatnim przypadku zwłaszcza ilość płynu musiała być bardzo niewielka, tak że klinicznie podciągnąćby można ten przypadek pod *pleuritis sicca*.

Występowanie objawu trojaka w tym ostatnim przypadku świadczy, iż, posługując się nim, wykryć można nawet bardzo małe ilości wysięku. Ze względu na inne objawy, przytoczone powyżej, a świadczące, iż w tych trzech przypadkach można było mieć uzasadnione podejrzenie co do gruźlicy, zapalenie surowicze opłucny skłonni byśmy byli objaśniać gruntem gruźliczym danych osobników. Postać gruźlicza spotyka się u dzieci znacznie rzadziej, niż u dorosłych, że nie jest jednak tak rzadka, świadczy o tem choćby statystyka NETTER'a, który na 21 przypadków surowiczego zapalenia opłucny u dzieci w II mógł stwierdzić związek przyczynowy z gruźlicą.

Na zasadzie badań własnych potwierdzić mogę w zupełności dane innych autorów co do wartości rozpoznawczej objawu trojaka. Łatwy do wykonania, opukiwanie bowiem może być wykonywane przez kogoś z otoczenia przy udzieleniu małych wskazówek, winien objaw ten znaleźć zastosowanie przy badaniu narówni z innymi objawami różniczkowo-rozpoznawczymi. W wielu przypadkach zastąpić on może przekłucie próbne, w przypadkach zaś, gdzie to ostatnie może być wykonane, stanowi jedno jeszcze więcej i najpewniejsze wskazanie do wykonania przekłucia próbnego. W pewnej liczbie przypadków, posługując się objawem trojaka, wykryć można wysięk tam, gdzie na zasadzie przekłucia próbnego zaniechałoby się myśli o wysięku (wysięki otorbione, międzypłatowe i t. d.).

Fakt, że przy badaniu systematycznym szeregu niemowląt otrzymaliśmy parę razy objaw trojaka w słabym zresztą stopniu tam, gdzie nie było wysięku, nie zmniejsza wartości różniczkowo-rozpoznawczej objawu tego, nie występował on bowiem nigdy w sprawach zapalnych w płucach.

L I T E R A T U R A.

- 1) BIEGAŃSKI. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. 2) NETTER. *Maladies de la plèvre* w *Traité des mal. de l'enf.* Grancher. Comby. Marfan. T. IV. 3) Lewis SMITH. *Pleuritis in Children.* American Journal of Obstetrics. XIII i XIV. 1880—1881. 4) ISRAEL. *Studier over Pleuritis hos Born.* Thèse de Copenhague. 1882 (z refer.) 5) MOUSSOUS. *De la transonance de la poitrine dans les affections pleurales et pulmonaires des enfants.* Revue mens. des mal. de l'enf. Styczeń. 1899. 6) AUSSET. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants.* Troisième serie. (Les pleurésies. 1900. 7) PITRES. *Archives cliniques de Bordeaux.* 1898.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 28 stycznia r. b.

TREŚĆ: 1) J. PAWIŃSKI — przedstawienie preparatu skrycie przebiegającego tętniaka aorty z przedziurawieniem do przełyku; 2) RYŁKO — przedstawienie dwóch potworków: a) *acardiacus acephalus*, b) *sympodia completa*; 3) Fr. NEUGEBAUER a) przedstawienie noworodka o płci wątpliwej; b) przedstawienie rysunku dla demonstracji owariotomii; c) przedstawienie torbieli dwukomorowej jajnika, d) przedstawienie bardzo rzadkiego okazu wczesnego jaja płodowego; 4) K. ORZEŁ — przedstawienie chłopca z obrzękiem śluzowym (myxoedema); 5) Cz. STANKIEWICZ — a) przedstawienie chorej po dokonaniu przyszytciu nerki wędrującej sposobem KOCHEK'a; b) przedstawienie pacyentki po trzykrotnie dokonanym cięciu cesarskim; 6) dyskusya nad odczytem K. RZĘTKOWSKIEGO „O cytotoksynach”; 7) K. CIĄGLIŃSKI: „Jakie wody mineralne wewnętrznie użyte przynoszą największy pożytek i czego się po nich spodziewać można?”.

1) Kol. J. PAWIŃSKI przedstawił preparat skrycie przebiegającego tętniaka aorty z przedziurawieniem do przełyku.

Chora lat 56, wychudzona, przybyła do oddziału, skarżąc się na silne bóle w lewym boku. Badanie szczegółowe narządów wewnętrznych, kręgosłupa, układu nerwowego nie wykryło nic takiego, co mogłoby owe bóle tłumaczyć. Kiedy po trzech tygodniach pobytu w szpitalu chora nagle 21. I. 1902 dostała krwawych wymiotów z domieszką, jak się okazało później, przypadkową kału, postanowiono zrobić laparotomię. W przeddzień operacji 22. I. 1902 chora przy wymiotach krwawych niespodzianie zmarła. Badanie pośmiertne wykazało aortę wstępującą pod postacią tętniaka wielkości jaja gęsiego (szerokości 14 ctm.), łuk aorty pod postacią krótkiego (3 ctm.) i wąskiego (2 ctm.) przesmyku, przechodzącego w drugi znacznie większy tętniak aorty zstępującej (dług. 20 ctm., szerokości 16 ctm.). Ściany tętniaka nierówne, w środku skrzepy. Na środku ściany bocznej — otwór wielkości 2 ctm. w średnicy, drążący do przełyku. W danym przypadku wobec szczególnego umiejscowienia tętniaka rozpoznanie było bardzo trudne. Prześwietlenie promieniami ROENTGEN'a bez wątpienia rozpoznanieby ułatwiło, i dla tego P. w razie bólów nieokreślonej natury w klatce piersiowej poleca bardzo poddawać chorego prześwietlaniu.

2) Kol. M. RYŁKO przedstawił 2 potworki:

a) *acardiacus acephalus*. Potworek ten, pochodzący od pierwiastki 18-letniej był jednym z bliźniąt. Jeden płód był rozwinięty zupełnie normalnie, drugi przedstawiał tylko dolne kończyny i część tułowia, miał bardzo silnie obrzękniętą tkankę podskórną. R. rozpatruje współczesne poglądy na powstawanie tej potworności: poglądy MECKEL'a, DARESTE'a, PANUM'a którzy twierdzą, że zmiany w krwiobiegu, zanik naczyń, a w następstwie zanik całych narządów istnieje od samego początku rozwijania się płodów, i poglądy CLAUDIUS'a, AHLFELD'a, podług których dopiero zanik naczyń wywołuje zanik organów.

b) *Sympodia completa*. Potworek pochodzi od kobiety, rodzącej po raz ósmy, i odpowiada 8-mu miesiącowi ciąży. Dolne kończyny ma na całej przestrzeni zupełnie zrosnięte. Również zrosnięte stopy, z których jedna ma 5 palców, a druga 3 palce, podeszwową powierzchnią zwrócone ku górze. Na miejscu narządów płciowych — mała brodawka.

3) Kol. F. NEUGEBAUER przedstawia:

a) noworodka przed trzema dniami urodzonego o płci wątpliwej; chodzi tu albo o *hypospadiasis peniscrotalis*, albo o przerost lechtaczki przy zrosnięciu warg sromnych.

b) Kol. N. przedstawia odpowiedni rysunek poglądowy i opowiada o sposobach operowania dużych torbieli jajnika ze skręconą szypułą.

c) Kol. N. przedstawia torbiel dwukomorową jajnika. Ściana wewnętrzna tej torbieli wysłana była błoną o barwie brunatnej, przedstawiającej krew ściętą i nalot włóknikowy.

d) Kol. N. przedstawia bardzo rzadki okaz wczesnego jaja płodowego, długości 2 do 3-ch milimetrów. Zdaniem N. płód ten liczy nie więcej, niż 2 i pół tygodnia.

4) Kol. K. ORZEŁ przedstawia 7-letniego chłopca, dotkniętego rzadką u nas chorobą — obrzękiem śluzowym (*myxoedema*). Chłopiec ten do drugiego roku życia rozwijał się prawidłowo, od tej pory zarówno rozwój fizyczny, jak i rozwój psychiczny uległ powstrzymaniu. Obecnie, w 7-ym roku życia chłopiec przypomina dziecko 4 letnie i przedstawia wybitny typ kretyna: oczy bez wyrazu, język wysunięty, wymawia zaledwie kilka słów. Tkanka podskórna znacznie zwiększona, przy dotyku pulchna. Gruczoł tarczowy powiększony. W wywiadach przymiot. O. zamierza stosować leczenie tyreoidyną.

5) Kol. Cz. STANKIEWICZ przedstawia: a) pacjentkę po dokonaniem przyszczeniu nerki wędrującej sposobem KOCHER'a. Od chwili operacji minęło 1½ roku, i, pomimo że chora ciężko pracuje, nawrotu niema.

b) Kol. St. przedstawia pacjentkę, u której trzykrotnie wykonał cięcie cesarskie klasyczne ze wskazania względnego. Miednica ogólnie zwężona. Wymiary 23, 24, 29, 16. *Con. diag.* 9,2. Wszystkie dzieci przyszły na świat żywe; pierwsze z nich zmarło. Oprócz pacjentki St. przedstawia fotografię powłok brzusznych, zdjętą po drugiej operacji, oraz podobizny dzieci.

6) W dyskusji nad odczytem kol. RZĘTKOWSKIEGO „O cytotoksynach“, kol. PRUSZYŃSKI zaznacza doniosłość badań nad cytotoksynami. Otrzymanie heterocytolizyn, izo- i autocytolizyn daje cenne wskazówki co do budowy ciał białkowych żywych. Fakt, że pod wpływem pewnych komórek, wprowadzonych do ustroju, wytwarzają się w surowicy toksyny, uszkadzające lub nawet niszczące jedynie te komórki i nie tylko *in vitro*, lecz w żywym nawet ustroju, przemawia za tem, że można przeobrażać czynnościowe własności żywych ciał białkowych, i że te ciała w warunkach fizyologicznych mają pewne zadania do spełnienia. We wrażliwości pewnych konfiguracji atomów, wchodzących w skład cząsteczki, istnieje wyraźna różnica, np. w dziedzinie enzymów ferment podpuszczkowy, otrzymany z ustroju zwierzęcego, niszczy taki sam ferment, wydzielony z roślin. Zdaniem Pr. pewną racyę bytu ma hipoteza LOEW'a, że przy wprowadzeniu enzymów do ustroju wytwarzają się w nim odpowiednie antypody. Znaczenia odkrycia cytolizyn zwłaszcza dla fizjologii, jak i dla patologii i terapii, dziś jeszcze nie jesteśmy w stanie ocenić.

Kol. MUTERMILCH zaznacza, iż hemoliza niema, zdaje się, nic wspólnego z resztą procesów cytolytycznych i tłumaczy się w myśl teorii BAUMGARTEN'a w sposób czysto fizyczny. Za słusznością tej teorii przemawiają doświadczenia SCHIBAYAMY, który dowiódł, iż surowica traci swe własności hemolityczne nie tylko wskutek ogrzania do 56^o, lecz również po dializie przez błonę zewnętrzną, czyli wskutek utraty soli, oraz iż nabywa znowu własności hemolitycznych po dodaniu do niej roztworu węglanu sodu. W końcu M. zwraca uwagę na niewytłomaczony dotychczas ściślejszy związek pomiędzy cytolizynami, rozpuszczającymi elementy komórkowe a precypitynami, dającymi osady.

Kol. Jan ŚWIĄTECKI przypomina, że w r. 1895 on sam, a w r. 1891 kol. Jerzy BRUNER robili doświadczenia nad surowicą kankrolityczną, próbując leczyć nią

chorych rakowatych. Wyleczenia w żadnym przypadku nie było, choć zauważono wyraźną poprawę. Obecnie S. robi doświadczenia w dalszym ciągu.

Prezes w dyskusji zwraca uwagę na ważność teorii EHRLICH'a (teoria ogniw bocznych). Według niej immunizacja polega na tych samych prawach, co zwyczajne odżywianie. Nie zgadza się, by hemoliza polegała jedynie na zmianach fizycznych. Hemoliza, zdaniem Prezesa, jest tylko jednym ogniwem w całym szeregu zjawisk, a mianowicie: immunizacja, cytoliza, bakteryoliza, precypitacja. Prawdopodobnie chodzi tu o jakąś siłę chemiczną, o jakiś ferment.

Kol. RZĘTKOWSKI jako prelegent, odpowiada, że doświadczenia SCHIBAYAMY nie rozstrzygają sprawy, ponieważ pod wpływem węgla amonu ustrój zwierzęcia mógł wytwarzać hemolizynę. Stosunek precypityny do hemolizyn jest niewyjaśniony. Faktem jest, że precypityny otrzymują się drogą tego samego sztucznego uodparniania zwierząt, co i hemolizyny ew. cytotoksyny.

7) Kol. K. CIĄGLIŃSKI odczytał rzecz p. t. „Jakie wody mineralne wewnętrznie użyte przynoszą największy pożytek i czego się po nich spodziewać można”. Mówca podnosi na wstępie różnorodność poglądów w tej sprawie, zaznacza, że o działaniu wód na przemianę materii wiemy niewiele: działanie ich jest nieznaczne, w dużej ilości pite podnoszą diurezę, przepłukują organizm. Zawartość w wodzie soli kuchennej wzmacnia działanie jej moczopędne; węglany ziemne zmniejszają kwaśność moczu, wpływają na usunięcie złogów kwasu moczowego, zwłaszcza jeżeli wody owe zawierają znaczną zawartość wolnego kwasu węglowego. Mówca zaleca pod tym względem wody Wildungen, Tarasp i Rohitsch.

W dyskusji kol. PRUSZYŃSKI zaznacza, iż istota podagry tkwi w nadmiernym wytwarzaniu się kwasu moczowego i w jego upośledzonym wydalaniu. Co się tyczy wydalania, to wiadomo, że często mamy u podagryków do czynienia ze śródmiąższowym zapaleniem nerek. Co się tyczy wytwarzania, to nie należy zapominać o wpływie pokarmów białkowych: i budowa kwasu moczowego i obserwacja tego dowodzą. Pr. zgadza się z poglądem CHARCOT'a, że główne źródło podagry tkwi w upośledzonej czynności wątroby, gdzie kwas moczowy spala się w mocznik.

Kol. J. PAWIŃSKI zaznacza, że wody alkaliczne zimne nie zawsze bywają dobrze znoszone przez chorych ze skazą moczową, ze względu na zwiększoną wrażliwość błony śluzowej. Wody, zawierające sole wapnia, usposabiają do obstrukcji.

Kol. St. MUTERMILCH przeczy, by w artrytyzmie zachodziła zwiększona produkcja kwasu moczowego.

Kol. RZĘTKOWSKI przypomina, że należy odróżniać *arthritis urica* od *uroli-thiasis*. Przy pierwszej kwas moczowy ze krwi osadza się w tkankach, przy drugiej — wykryształizowuje się w nerkach skutkiem zmienionych warunków jego rozpuszczalności w moczu. Zwiększając sprawność urolityczną moczu, możemy zapobiedz osadzaniu się kwasu moczowego w kanalikach nerkowych. Co się tyczy *arthritis urica*, to tu urolityczna własność moczu nie jest wyczerpana zupełnie, choć ilość kwasu moczowego we krwi się wzmacnia. Mówca rozpatruje różne poglądy na powstawanie kwasu moczowego. Wody mineralne zapewne działają w ten sposób na tkanki, że zabezpieczają je przed osadzeniem się w nich kwaśnego moczanu sodu. Szczegółów działania wód nie znamy zupełnie. Wobec tego, że wielu podagryków cierpi na *nephritis interstitialis*, należy przy podawaniu większej ilości wody uwzględnić stan serca.

Kol. Wł. JANOWSKI uważa kamieć nerkową i zwyczajną postać skazy moczowej z zajęciem stawów za jedno. Twierdzi, że przy skazy moczowej ma-

my do czynienia z wadliwym utlenianiem (*paroxydatio*), a nie niedotlenianiem. Przymuszczać pewne komórki organizmu wytwarzają za mało owych oksydoz. Wody mineralne bez względu na jakość dają fermentowi krwi możność odzyskania prawidłowego działania.

Kol. J. ŚWIĄTECKI przypomina, że znany klinicysta prof. ISRAEL zaleca chorym na podagrę wyłącznie wodę Karlsbadzką, jako więcej skoncentrowaną. Dalej kol. S. zaznacza, że przy picciu wód mniej się jada, a leukocytoza trawienia może zwiększać powstawanie kwasu moczowego.

Kol. PERKOWSKI podnosi diuretyczne działanie wód mineralnych.

Prezes odróżnia *arthritis urica*, jako sprawę ogólną, polegającą na zaburzeniu w przemianie materii, od kamicy nerkowej — jako sprawy przeważnie lokalnej. Momentu etiologicznego dla *arthritis urica*, cierpienia stosunkowo rzadkiego, nie zawsze dopatrzyć się można: dotyczy ono osób nawet ze złem odżywianiem. Zmniejszenie ilości mięsa bez wątpienia odgrywa tu rolę, zmniejszając napady dny. Ustanowienie racjonalnej diety przy *nephrolithiasis* jest rzeczą niemożliwą. Duża ilość wody bez względu na jej jakość zmniejsza napady kolki nerkowej. Od zalecanych w tych wazach przez NOORDEN'a soli wapniowych mówca nie widział szczególnych wyników. Teoretycznie przechyla się ku teorii HORBACZEWSKIEGO, według której kwas moczowy ma powstawać z nukleiny jąder.

St. Kopczyński.

DZIAŁALNOŚĆ WYDZIAŁU HIGIENY ZDROJOWISK I MIEJSCOWOŚCI KLIMATYCZNYCH (od dnia 25 listopada 1898 roku do końca roku 1901).

Skreślił

H. DOBRZYCKI.

przewodniczący wydziału.

Wszystkich posiedzeń w ciągu czasu od dnia 25 listopada 1898 roku aż po dzień ostatni grudnia 1901 roku odbył wydział trzydzieści dwa; z tych dwa pierwsze odbyły się w roku 1898; na pozostałe więc 3 lata to jest rok 1899 — 1900 i 1901 wypada posiedzeń 30, czyli przeciętnie po 10 na rok.

W pierwotnym rozkładzie liczba posiedzeń rocznie nie miała przekraczać 8-miu t. j. po jednym miesięcznie, nie licząc środkowych 4-ch miesięcy, które ferjom poświęcone zostały.

Napływające z początku liczne materyaly do opracowania skłoniły wydział do ustanowienia 2-ch posiedzeń miesięcznie, i tem się też tłumaczy, że 6 posiedzeń nam przybyło; gdy jednak z chwilą utworzenia wydziału przeciwgruźliczego sprawa sanatoryów dla chorych piersiowych przeszła do tegoż wydziału, okazało się to zbyt czynnem, powróciliśmy do pierwotnego rozkładu.

Wszelkie sprawy, któremi wydział w ciągu tego czasu się zajmował, ująć się dadzą z punktu widzenia naukowo-praktycznego w cztery dość odrębne działy:

1) Dział roztrząsań naukowych ogólnej natury, traktujący sprawy uzdrowisk z ogólnego punktu widzenia i wspólności podstaw.

2) Dział specjalny, mający za przedmiot poszczególne zdrojowiska lub miejscowości klimatyczne.

3) Dział delegacji, komisji lub ankiet naukowych, mających za swe zadanie praktyczne zbadanie już to danych miejscowości, już też specjalnych kwestyi, i wreszcie,

4) Dział informacyjny, na który się złożyły odpowiedzi wydziału na zapytania, wystosowane przez osoby lub instytucje z poza obrębu Towarzystwa Higienicznego Warszawskiego.

Dział pierwszy, traktujący sprawy naszych uzdrowisk z ogólnego punktu widzenia, rozpoczyna odczyt kolegi CHEŁCHOWSKIEGO p. t.: „O wspólnych interesach naszych zdrojowisk i miejscowości leczniczych“. Temat olbrzymi, niemal cały program naszych działań obejmujący, dał autorowi pole do wypowiedzenia zasadniczych postulatów. Zwróciwszy uwagę na to, iż z wyjątkiem Ciechocinka i Buska, które mogą liczyć na pomoc rządową, wszelkie nasze inne uzdrowiska winne same skupiać swe siły, rozwijać nieustającą energię i za zasadę swego postępowania przyjąć solidarność pomiędzy sobą, w najszerszych granicach pojętą, mówił autor o pożytku wydania podręcznika, obejmującego dokładny opis wszystkich uzdrowisk; o ogłaszaniu ściśle naukowych opisów tychże uzdrowisk w obcych językach, wreszcie o nadsyłaniu przetworów balneoterapeutycznych przez nasze zdrojowiska do szpitali i klinik, celem przeprowadzenia w nich odpowiednich badań nad działaniem tych środków, że pominiemy już inne nie mniej ważne pytania. Prelegent motywował swe poglądy w sposób, który nie mógł nie uzyskać zgody ze strony wydziału, naówczas licznie reprezentowanego.

Na tenże sam temat, którego tytuł był ściśle identyczny z tytułem odczytu kolegi CHEŁCHOWSKIEGO, przemawiał kolega RUPPERT; i ta tylko różnica zachodziła między obu mówcami, że gdy pierwszy traktował przedmiot więcej ze stanowiska teoretycznego, rzecz można, programowego, kolega RUPPERT mówił o miejscowych sprawach naszych uzdrowisk i poddał ściślemu rozbiorowi liczne w nich braki oraz motywował pożądane reformy w ich wewnętrznym gospodarstwie. Widzimy więc, że obaj mówcy z pożytkiem dla podjętej sprawy się uzupełniali.

Tuż obok powyższych przemówień, należy postawić pokrewny swym tematem odczyt kolegi ARNSTEINA p. t. „Niektóre braki w naszych zdrojowiskach i szkody z nich dla zdrowia wynikające“, w którym autor uskarża się słusznie na brak należytej opieki nad chorymi w naszych uzdrowiskach oraz stwierdza brak kontroli nad leczącymi się, co staje się powodem w wielu razach samowoli w użyciu danych środków leczniczych ze strony chorych, a ztąd mniej doniosłych, a nieraz nawet ujemnych terapeutycznych wyników.

Sprawy, dotyczące klimatologii, jako ogólne, zatem również do tego działu należące, znalazły gorącego rzecznika w osobie kolegi SOKOŁOWSKIEGO, który wygłosił 3 odczyty z tego zakresu, a mianowicie: o potrzebie i doniosłości badań meteorologicznych w naszych stacyach klimatycznych; drugi, zatytułowany: parę uwag praktycznych o niektórych naszych stacyach klimatycznych; wreszcie trzeci pod tytułem: Niektóre miejscowości klimatyczne na Szląsku Austriackim. Lubo systematyczne notowanie zjawisk meteorologicznych wedle pewnej naukowej metody już od dawna wymagane było od każdej miejscowości, chcącej nabyć prawa do nazwy stacji klimatycznej w znaczeniu leczniczem, niemniej przeto ściśle określenie ich praktycznego znaczenia i przypomnienie o ich niezbędności jest zasługą prelegenta. Było to tem konieczniejsze, że w większości naszych

s tacy klimatycznych nie dokonywa się tych spostrzeżeń, a jeżeli nawet się nimi tam zajmują, to w sposób przygodny, cząstkowy i daleki od tej systematyczności, jaka jest niezbędna do tego, aby sobie wyrobić właściwe pojęcie o wartości klimatycznej danego miejsca. Mamy raczej fragmenty meteorologiczne, ale do całości obrazu klimatycznego wszędzie bardzo daleko.

Zwiedzenie osobiste miejscowości: Ojcowa, Sławuty, Otwocka, Nieklania, oraz szląskich: Bystrej, Jaworza i doliny Wisły, dało prelegentowi podstawę do wzajemnego porównania tych miejscowości i oceny ich wartości pod względem klimatycznym.

W charakterystyce tych miejscowości, w ocenie ich stron dodatnich i ujemnych miał prelegent możność wypowiedzenia szeregu uwag praktycznego znaczenia, z których na jedną mianowicie silny nacisk położyć należy. Mianowicie, kolega SOKOŁOWSKI gani posyłanie do miejscowości klimatycznych suchotników, dla których najwłaściwszym miejscem są odpowiednio urządzone sanatoria. Masy suchotników, jakie w stacyach klimatycznych spotykamy, tak ujemnie wpływają na frekwencyę innej kategorii chorych, również leczenia klimatycznego wymagających, że zarówno w interesie tychże chorych, jak i samych uzdrowisk, należałoby suchotników, o ile to tylko możebne, do sanatoriów skierowywać.

Przyznać należy, iż urzeczywistnienie tej myśli miałyby bardzo doniosłe następstwa i wprowadziłyby klimatoterapię na właściwe tory; bowiem po za grupą chorych, suchotom uległych, istnieje jeszcze tak olbrzymia cyfra innych, wymagających klimatycznego leczenia, iż to wszystko, co tym ostatnim w jakikolwiek sposób utrudnia lub ogranicza możność korzystania ze stacji klimatycznych, nie małą krzywdę im wyrządza. Usunąć zatem ten szkopał byłoby dla tych obu kategorii chorych bardzo pożądanem.

Inna myśl, jaką tenże prelegent wypowiedział, miała na celu zwrócenie uwagi kolegów na to, iż dla osób przepracowanych i udających się na letni wypoczynek, nie konieczne są wysokie góry lub odległe miejscowości nadmorskie, lecz że do tego celu nadają się bardzo dobrze i miejscowości podgórskie, jak np. te, które na Szląsku Austriackim zwiedził.

Ważna sprawa letnich mieszkań, domagająca się zasadniczych reform i postawienia jej na właściwym gruncie już wcześniej znalazła się na porządku dziennym. Zajął się nią kolega JÓZEF ZAWADZKI i w odczycie zatytułowanym: *Kwestya mieszkań letnich oraz ich główne potrzeby*, przedstawił stan ich współczesny.

Z uwagi, iż sprawa ta wymagała zbadania rzeczy na miejscu i w sposób teoretyczny rozwiązać się nie dała, ustanowiona została komisya dla zbadania letnich pomieszczeń, w której skład, oprócz prelegenta, weszli koledzy: REICHMAN, RYCHLIŃSKI, Władysław ZAWADZKI i redaktor LIBICKI. Ci znów przybrali do pomocy pana Piotra HOSERA oraz kolegów: CHROSTOWSKIEGO, JASZCZOŁTA, SKO-WROŃSKIEGO i A. ŻURAKOWSKIEGO. Na początek komisya zwiedziła Chylice, Skolimów i Obory, jako miejscowości, które się podówczas na pierwszy plan wysunęły, i o których dużo mówiono. Następnie, po upływie pewnego czasu, komisya w nieco odmiennym składzie zwiedziła: Targówek, Piotrówkę, Niziny, Drewnicę, Urle, Jadów, Płudy, Falenicę, Teklin i Świder. Zdanie Komisyi o wyżej wymienionych miejscowościach da się streścić w ten sposób, że wszystkie one pod względem zdrowotnym przedstawiają większe lub mniejsze braki, i że tam, gdzie warunki ze strony miejscowości są stosunkowo nie złe, zbywa na wielu potrzebach, bez których zaspokojenia człowiek pragnący spoczynku lub sił swych po-

krzepienia obyć się nie może, i odwrotnie, gdzie wygody i możliwość zaspokojenia tych potrzeb są jakie takie, tam miejscowość jest niofortunnie obrana lub wprost nieodpowiednia.

Z prac komisji ujawniło się przy tem, iż przewaga tych latowisk powstała sposobem przygodnym, okolicznościowym, bez uświadomienia sobie niezbędnych wymagań higieny i w wielu razach bez uwzględnienia zasadniczych potrzeb życiowych, że zatem reforma w ustroju i sposobie zakładania latowisk jest niezbędna.

Nie poprzestając na okolicach Warszawy, kol. ZAWADZKI zwiedził liczne miejscowości w dalszych częściach kraju i w sprawozdaniu ze swej wycieczki opisał: Niekłań, Czarniecką Górę, Suchedniów, Zagdańsk, Tunlin, Białogon, Słowik, góry Ś-to Krzyskie, Kazimierz nad Wisłą, Ojców, Pieskową Skalę, Bębło, Będkowice, Jerzmanowice i Smardzewice, rozpatrując miejscowości te z punktu widzenia higienicznego i wykazując, że wiele z nich, prawdziwymi powabami natury się wyróżniających, z wielkim pożytkiem mogłoby być na latowiska spożytkowanych. Wreszcie, na karb działalności kolegi ZAWADZKIEGO w tym względzie zaliczyć należy kwestyonaryusz, zaakceptowany przez wydział, dotyczący badania miejscowości, na letni pobyt przeznaczonych, jak również i miejscowości leczniczych, zredagowany przez niego na podstawie dyskusyi, jakie się w tym względzie w wydziale toczyły.

Członek wydziału, pan adwokat BIRENZWEIG, dorzucił szereg uwag, dotyczących letnich mieszkań, wygłosiwszy odczyt: Projekt praktycznego zastosowania prac wydziału do mieszkań letnich, w którym sam, jako właściciel mieszkań letnich w Inowłodzu, sformułował szereg postulatów, na wieloletniem doświadczeniu opartych. Przypomniął on także, iż w r. 1894 i 95-m, przygotowując materiały na drugą wystawę higieniczną w Warszawie, rzecz o mieszkaniach letnich wraz z członkami wydziału ludowego obszernie opracował i zebrał pożyteczny materiał na podstawie kwestyonaryusza, po kraju rozсланego; przyczem zaproponował, aby materiał ten był spożytkowany obecnie, co też i uwzględniono.

Do tematów ogólniejszej natury, postawionych na porządku dziennym przez przewodniczącego, zaliczyć należy rzecz o konieczności sanitarnego prawodawstwa dla miejscowości leczniczych, oraz kwestyę corocznych posezonowych sprawozdań, systematycznie podawać się mających przez lekarzy wszystkich uzdrowisk krajowych. Obu sprawom tym wydział poświęcił po kilka posiedzeń, gdyż dla należytego ich rozpatrzenia należało po szczególe zastanowić się nad każdą z oddzielnych spraw, wchodzących w skład organizacji, administracyi i funkcji nadszyc uzdrowisk.

Rzecz o prawodawstwie sanitarnem była opracowana wprzód, zanim ukonstytuowanie wydziałów Towarzystwa Higienicznego nastąpiło, i przeznaczona została na pierwszy zjazd balneologów w Petersburgu. Gdy wydział nasz rozpoczął swe czynności, tembardziej okazała się potrzeba, rzecz, o której mowa, przez Petersburski zjazd przeprowadzić, z uwagi na konieczność otrzymania pewnej sankcyi, pewnego, że tak powiemy, oficjalnego stempla, któryby na drodze prawodawczej dojsście do pożądanego celu mógł ułatwić. Że rzecz ta była na czasie, świadczy o tem okoliczność, iż oprócz naszego referatu znalazły się tam na porządku dziennym dwa inne, tenże sam przedmiot, acz z nieco odmiennego punktu widzenia, traktujące. Początek działalności w tym względzie posiadał rozmach ogromny, ale skutki tego rozmachu były zgodne z przysłowiem m

parturiunt montes i t. d., gdyż projekt do proponowanego prawa miał być opracowany w czasie pomiędzy jednym zjazdem a drugim i przedstawiony do uchwały na drugim zjeździe, a następnie władzy do zatwierdzenia oddany; że zaś drugi zjazd, zapowiedziany na rok przeszły, nie odbył się, gdyż, jak się okazało, prezydium drugiego zjazdu wcale się nie czuło zobowiązaniem do spełnienia postanowień poprzedniego zjazdu, który, nawiasem mówiąc, jeszcze drugiego tomu swych prac nie wydał, przeto ważna ta sprawa pozostała w zawieszeniu. Można się nawet spodziewać, że i na drugi zjazd nie będzie gotowa, gdyż komisye, do opracowania jej wydelegowane, dotąd nic nie zrobiły.

Ponieważ omawiana sprawa znana jest nam wszystkim już to z dyskusji, jakie się w wydziale nad nią toczyły, już ze sprawozdań, pomieszczanych w „Zdrowiu“, już też z ogłoszonego w „Medycynie“ *in toto* artykułu, przeto, nie zatrzymując się nad nią ani chwili, przypomniemy tylko, iż osiã jej jest ustanowienie w każdym uzdrowisku komitetu sanitarnego, któryby czuwał nad należytem spełnieniem przepisów higieny i posiadał atrybucye, mocã których postanowienia jego, uznane w zasadzie za prawomocne, przez właściwe organy byłyby wykonywane.

Zgodnie z uchwałą wydziału, projekt do prawa, o którym mowa, wraz z motywami przesłany został Radzie Towarzystwa z prosbã o przedstawienie Władzy. Rada, poświęciwszy temu przedmiotowi trzy posiedzenia i poczyniwszy pod względem formalnym odpowiednie uwagi, zgodziła się w zasadzie spełnić uchwałę wydziału. Z uwagi jednak na poważne trudności, jakie się przy wykonaniu tej uchwały przewidują, gdyż rzecz oparłaby się o Radę Państwa, Rada Towarzystwa Higienicznego postanowiła wprzód się poinformować, czy nie znajdują się inne drogi nie tak uciążliwe i dalekie dla praktycznego załatwienia tej kwestyi. Nie usuwając jej przeto z szeregu spraw, które ma do załatwienia, i żądając pewnych zmian w układzie projektu pod względem formalnym, Rada ma zamiar nią się zająć, po zasięgnięciu wyżej wspomnianych informacji.

(C. d. n.).

BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.

S. A. Knopf. Gruźlica jako choroba społeczno-narodowa i walka z nią.

Popularna praca konkursowa, uwieńczona nagrodą przez kongres przeciwigruźliczy w Berlinie

(24—27 maja r. 1899).

Tłumaczył i uzupełnił d-r Stanisław Łagowski. Str. 63.

Książka ta, wydana w końcu roku 1901 staraniem Kasy MIANOWSKIEGO, wybornie odpowiada swemu celowi zapoznania szerokiego ogółu z istotą gruźlicy oraz ze środkami jej zwalczania. W formie przystępnej i zwięzłej wyjaśnia autor przyczyny powstawania gruźlicy oraz drogi jej szerzenia się, rozbiera pokrótce poszczególne postacie gruźlicy ludzkiej, wspomina o gruźlicy zwierząt i przechodzi następnie do środków zapobiegawczych i leczniczych, w których szeregu pierwsze miejsce wyznacza uzdrowiskom specjalnym dla suchotników, kładąc nacisk silny na potrzebę budowania takich zakładów dla ludności biednej.

W przekładzie polskim kol. St. ŁAGOWSKI dodał od siebie statystykę śmiertelności z gruźlicy w ziemiach naszych oraz wyjaśnił w krótkich słowach przy-

czynny, wpływające na niejednakowe zmniejszanie się jej w Królestwie Polskiem oraz w Galicyi w porównaniu z Wielkiem Księstwem Poznańskiem.

Dobry przekład oraz niska cena (15 kop.) powinny przyczynić się do jak-najszerszego rozpowszechnienia tej pożytecznej książki.

W następnem wydaniu, jeżeliby się ukazało, należałoby zwrócić uwagę na kilka omyłek drukarskich, które mniej uważnego czytelnika mogą w błąd wprowadzić; tak np., w nagłówku na stronie 48 zamiast „dowody uleczalności zołów“, czytamy: „dowody nieuleczalności zołów“.

Z. S.

KORRESPONDENCYA „MEDYCYNY“.

Praga Czeska w Styczniu, 1902.

Koła lekarskie w Pradze obchodziły w połowie z. m. 25-letni jubileusz pracy zawodowej trzech profesorów czeskiej wszechnicy praskiej: d-ra MAYDL'a, d-ra NESSL'a i d-ra THOMAYER'a.

Z działalnością i zasługami prof. MAYDL'a, znanego chirurga, właściwego założyciela dzisiejszej kliniki chirurgicznej w Pradze, zaznajomiłem czytelników „Medycyny“ w sprawozdaniu z III Zjazdu przyrodników i lekarzy czeskich w Pradze (patrz Nr. 37, str. 830—831 „Medycyny“ z r. 1901), więc nie będę się powtarzał. Prof. MAYDL, chory od paru miesięcy, przebywa obecnie na południu a więc jubileusz jego nie mógł być uroczystie obchodzony. Prof. NESSL jest kierownikiem kliniki dentystrycznej, z której wychodzą zdolni lekarze dentyści. Prof. d-r NESSL pracował i pracuje dotąd jedynie w zakresie swej specjalności. Najuroczyściej obchodzono jubileusz prof. d-ra J. THOMAYER'a, zarządzającego polikliniką. Józef THOMAYER urodził się 25 marca 1853 r. w Thornowie pod Czerchowem, gdzie ojciec jego był starszym ogrodnikiem. Gimnazjum ukończył w Klatowach, medycynę zaś studyował w uniwersytecie praskim. W r. 1876 otrzymał dyplom, poczem parę lat spędził na praktyce w prywatnych zakładach leczniczych, następnie został asystentem prof. EISELT'a, który podówczas kierował jedyną kliniką czeską. Po siedmioletniej pracy asystenckiej, habilitował się na docenta chorób wewnętrznych. W r. 1881 mianowany został nadzwyczajnym profesorem i przełożonym poliklinik. W r. 1897 otrzymał tytuł zwyczajnego profesora.

D-r THOMAYER przejąwszy energię i głębokie pojęcie o zadaniu i obowiązkach lekarza od swego mistrza, prof. d-ra EISELT'a, jednego z najczynniejszych i najstarszych profesorów — odrazu zabrał się i do studyów teoretycznych. Już na I zjazd lekarzy czeskich w Pradze w r. 1880 przygotował obszerną i wyczerpującą pracę o suchotach, wyróżnioną pierwszą nagrodą. Na zjazd drugi w r. 1882 wspólnie z pr. HLAWĄ, głośnym dziś patologiem, napisał rozprawę „O anatomicznych warunkach powstawania uremii w zapaleniu nerek“, za którą również otrzymał nagrodę. Kiedy rozpoczęła się akcja wznowienia uniwersytetu czeskiego, prof. THOMAYER przyjmował w niej nader żywy udział. Nazwisko jubilate spotykamy już potem stale przy każdej ważniejszej, wybitniejszej sprawie zawodowej i społecznej natury. Należał on do współpracowników wydawnictwa prof. EISELT'a, „Szczegółowej terapii i patologii“, „Czasopisu ceskych lekaru“ — pisma lekarskiego. Jego „Wstęp do drobnej praktyki lekarskiej“ w bardzo

krótkim przeciągu czasu doczekał się dwóch wydań. W r. 1885 założył „Sbornik lekarsky“, następnie „Sbornik poliklinicky“, wreszcie od r. 1888 redaguje „Zbiór odczytów i rozpraw lekarskich“, jest redaktorem bardzo dobrego z miesięcznika „Sbornik klinicky“. Pozatem jubilat napisał sto większych i mniejszych dzieł, przeważnie z zakresu chorób wewnętrznych. Ramy „Medycyny“ nie pozwalają na podanie i rozbiór choćby najkrótszy prac prof. Th., wymienię zatem jedynie najwybitniejsze: „Przyczyny błędnego rozpoznania“, „*Ischias scoliotica*“, „Patologia snów“, „Pierwsze oznaki *tabes dorsalis*“, „O substytucyi mięśni“, „Migrena wzrokowa“, „Dalsze następstwa zatrzymania moczu“, „O wstecznem krążeniu krwi w żyłach“, „Uwagi o kamieniach żółciowych“, „Asthma“, „Wstęp do drobnej praktyki lekarskiej“, „Choroby piersiowe“, „Orthopnoë i jego znaczenie“ i w. in. Pr. THOM. tworząc dzieła dla specjalistów, umie jednocześnie nagiąć się do potrzeb mniej przygotowanych umysłów, do profanów w medycynie, i dla nich wydaje doskonałe dziełka popularne, przemawia w odczytach tak dostępne, że słusznie nazwać go można jednym z najlepszych popularyzatorów czeskich. Opierając się na studiach teoretycznych, prof. THOMAYER z całym zamiłowaniem oddaje się zajęciom lekarza praktyka. Zamiłowanie to i pracowitość udziela się i jego uczniom, z których znaczna już liczba zajmuje dziś stanowisko wybitnie zdolnych lekarzy. Najbliżsi mu uczniowie, a następnie jego asystenci lub demonstratorzy, dla uczczenia swego mistrza wydali książkę jubileuszową, obejmującą 19 prac. Docent L. SYLLABA, redaktor wymienionej książki, w serdecznej odezwie na wstępie w imieniu swem i swych kolegów, uczniów jubilata, wyraża głębokie uznanie dla swego mistrza. D-r PELNAR na początku książki podaje skrzętnie zebrany przegląd prac prof. THOMAYER'a i jego uczniów. D-r O. KODYM, b. asystent polikliniczny na temat „O chorobach żołądka, pochodzących z obrażeń“ wyjaśnia genezę traumatyczną wrzodów żołądka, *perigastritis*, kiedy zwężenie *pylorus* prowadzi do *gastroectasia atonica*. Dalej mówi o traumatycznym momencie w etiologii raka i o stosunku urazów do chorób żołądka wogóle. Doc. L. SYLLABA, obecny asystent pr. THOM., znany ze swych wyczerpujących prac i studiów zwłaszcza nad krwią (patrz Nr. 31 str. 686—687 „Medycyny“ z r. 1901), daje „Parę nabytych doświadczeń przy auskultacyi okolicy serca“. Praca ta w krótkości nie da się streścić, podam tylko tytuły rozdziałów: 1) presystoliczny szmer przy *insufficiencia valv. semil. cordis* lub t. zw. zjawisko FLINT'a. 2) systoliczny szmer przy *arteriosclerosis* i *neuritis*; 3) *insufficiencia valvulae semilun. aortae relativa*; 4) t. zw. szmer THOMAYER'a przy występowaniu wielkich naczyń: szmer ów należy do grupy akcydentalnych, bywa u osób starszych, umiejscawia się w górnej części mostka, zjawia się przy drugiej części *inspirium*, w *expirum* nigdy go nie słyhać; ów szmer więc polega na rytmie oddechowym i serca; pochodzenie jego wyjaśnia THOM. zapalnymi zgrubieniami na *adventitia* wielkich naczyń, występujących z serca; twierdzenie to nie było jeszcze sprawdzone przez autopsję; 5) szmery pseudoperikardialne; 6) szmery kardyopneumatyczne. Wyowiedziane w tej pracy poglądy, autor obiecuje w przyszłości poprzeć dowodami anatomicznymi. D-r PELNAR (Pelvarz) hospitant w poliklinice — uzupełnia poglądy mistrza swego, prof. THOM., na niektóre sny, jako na zjawisko epileptyczne i na podstawie obserwowanych 13 przypadków określa różność takich epileptycznych snów. D-r J. CISLER, były demonstrator przy poliklinice, w fragmencie „Narządy słuchu u podagryków“ opisuje leczony przez się przypadek i na podstawie obszernej literatury określa stosunek tej choroby (podagry) do narządów słuchu. D-r REPKA (Rzepka), b. demonstrator polikliniki, podaje zaj-

mujący przypadek, dowodzący pokrewieństwa migreny wzrokowej z epilepsją (padaczką). D-r VITUJ, b. demonstrat. w rzeczy na temat „Z jakimi utyskiwaniami przychodzi do lekarza diabetyk“ konstatuje na mocy 11-letniej praktyki i obserwowanych przez się 88 przypadków, że badanie moczu tylko na cukier nie jest wystarczające w tym razie do tego nawet stopnia, że wytrawniejszy lekarz, opierając się jeno na tej jednej próbie, z pięciu diabetyków — nie pozna czterech.

D-r J. MATYAS, demonstrator w poliklinice, na podstawie 155 przypadków *tabes dorsalis*, obserwowanych w poliklinice w ciągu lat 11, uwypukla kliniczny typ tabetyka w Czechach, rozbiera związek *tabes* z przymiotem i urazem, analizuje poszczególne przypadki, uprzytamnia rzadsze komplikacje i przebieg wjadu, zwłaszcza w ostrych stadyach. D-r J. SKALICKA, hospitant w poliklinice, detalicznie opisuje obserwowany przez się przypadek rozległego *xanthoma planum palpebrarum*, podaje rozbiór histologiczny wyciętej części; do artykułu dołączony jest dość poglądowy kolorowany rysunek. D-r J. HEINDL, hospitant polikliniczny, opisuje przypadek puchliny wodnej brzucha przy kombinowanej marskości, gdzie wykonano 125 przekłuć brzucha. Doc. A. HEVEROCH, b. hospitant pol. podaje parę spostrzeżeń z życia epileptyków. D-r V. VYSLIN, b. hospitant polikl., przytacza w „Przyczynku do nauki o postępowym zaniku mięśni“ obserwowany przez się rzadki przypadek tej choroby. D-r HONZAK, b. hosp. polikl., opisuje w swym orientacyjnym artykule rezultaty operacyjnych zabiegów w gruźlicy trzew. D-r CERVENKA, b. hosp. polikl., w rzeczy zatytułowanej „Nowy przypadek *myxoedema spontan.* u osoby dorosłej w Czechach“, opisuje obserwowaną przez się i doc. SYLLABĘ chorą, wyleczoną zastosowaniem wewnętrznym gruczołu tarczowego. Gdy chora przyszła do lekarza, skarżyła się na bóle w kończynach; miała nadczułość nerwów. W miarę używania pigułek z grucz. tarcz. stan jej się polepszał, ból i nieczułość nerwów ustąpiły. Na tej podstawie doc. SYLLABA robi rozpoznanie *neuritis multiplex myxoedematosa toxica*. D-r SAMBERGER, b. hospitant polikl., podaje obecny stan nauki o „pempfigus vegetans“ i przytacza obserwowany przez się jeden przypadek. W naukowo analitycznym artykule zatytułowanym „Związek między *arteriosclerosis*, *tabes* i *pseudotabes*“ d-r OPOCENSKY, były hosp. polikl., między innymi dowodzi, że po pierwsze tabetyk miewa *arteriosclerosis* częściej, niż się przypuszcza, bo z 125 badanych w poliklinice tabetyków 24 było z *arteriosclerosis*, a 16 z *insuf. valv. sem. aor.*; po drugie zaś *arteriosclerosis* wywołuje drogę peryferyczną *neuritis multiplex*, a następnie *syndroma pseudotab.* Dr. V. KRAHULIK były hosp. polikl., z nader obfitego materiału poliklinicznego paralizów nerwów detalicznie opisuje i przypadek paraliżu *nervi suprascapularis*, 2 przyp. *nervi axillaris* i 3 przypadki *plexus sacro-lumbalis post. partum*. D-r L. HAXERA, b. hospitant przy polikl., w pracy swej „Patogeneza kamieni żółciowych ze stanowiska klinicznego“ na podstawie nader bogatego materiału poliklin. wyjaśnia i zwraca uwagę na zależność *cholelithiasis* od stanu życia płciowego kobiety (pierwsza miesiączka, ciąża, *puerperium*), od spożywania zbyt słodkich pokarmów i napojów, wreszcie, wspominając o łączności *cholelithiasis* z pewnymi anomaliami w przemianie materii, jak z moczówką, otyłością, podagrą, *neurolithiasis*, dowodzi, że *cholelithiasis* nie jest chorobą miejscową, lecz chorobą całego ustroju. D-r A. OSTRCIL, były słuchacz jubilata na podstawie 92 przypadków podaje w swym referacie wytyczne, któremi kieruje się przy leczeniu eklampsji w klinice akuszerjyno-ginekologicznej prof. RUBESKI. Na zakończenie książki jubileuszowej, nadzwyczaj starannie wydanej, doc. L. SYLLABA

podaje parę jasnych obrazków i wspomnień z pracy wspólnej w poliklinice wraz ze swym mistrzem.

Prof. THOMAYER J. jest doskonałym profesorem, uczonym teoretykiem, popularyzatorem, a pozatem jednostką czynną społecznie, człowiekiem prawego charakteru, gorącym patriotą, ujmującym swą prostotą i szczerością. Zdaje się, że te wszystkie dane dostatecznie usprawiedliwiają ogólny szacunek i sympatyę, jaką się cieszy jubilat, a według określenia doc. SYLLABY, jedna z oryginalniejszych postaci w społeczeństwie czeskiem.

Do tego zaś trzeba dodać jeszcze jedną zaletę, nie idącą w parze z zaletami lekarza. Oto prof. THOMAYER jest artystą, odczuwającym prawdziwe piękno, jest autorem wielu utworów beletrystycznych, w których przejawia się głębokie odczucie przyrody, zrozumienie życia i ludzi.

Przemysław Rudzki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= SCHMORL zaznacza, że w górnym odcinku płuc noworodków i małych dzieci znajduje się prawie stale odcisk pierwszego żebra w kształcie niewielkiej brózdy, która znika przy nadymaniu płuc. Z wiekiem brózda zmniejsza się znakomicie w miarę wzrostu klatki piersiowej. Czasami jednak ten wzrost nie idzie prawidłowo: pierwsze żebro opóźnia się w rozwoju i, stale uciskając górny płat płucny, powoduje zmiany w krążeniu krwi i limfy, zgrubienia opłucny i powstrzymuje normalny rozwój przebiegających tu oskrzeli: ztąd zastawanie się wydzieliny i utrudniona wentylacja wierzchołków płuc. Robiąc sekcye zwłok osobników dorosłych, autor widywał parę razy obok głębokiej brózdy w górnym płacie płuc — poczynającą się gruźlicę błony śluzowej przebiegających tu oskrzeli IV i V rzędu. Na zadzie tych danych anatomicznych autor twierdzi, że istnienie takiej brózdy albo, co na jedno wynosi, niedorozwój pierwszego żebra jest momentem,

usposabiającym do gruźlicy płuc. (M. med. Woch. r. 1901 Nr. 50).

= F. KÖHLER, zważywszy, że w niektórych przypadkach suchot płucnych nie jesteśmy w stanie usunąć uporczywej gorączki, pomimo systematycznego i umiejętnego stosowania zabiegów dyetetycznych a nawet hidroterapii, radzi w takim razie stosować środki przeciwgorączkowe. Autor przekłada po nad inne pyramidon (Dimethyl amidoantypiryna). Skutki takiego leczenia są znakomite: polepszenie apetytu i poprawa w ogólnym stanie chorego nie dają na siebie długo czekać. Po za tem w przypadkach lżejszych możemy dość wczesnie pozwolić choremu umiarkowany ruch na świeżem powietrzu, co też nie pozostanie bez wpływu na przebieg choroby. Rzecz prosta, że taki chory powinien chodzić niewiele, a po każdym spacerze należy skrzętnie notować ciepłotę ciała. (Münch. med. Woch. r. 1901 Nr. 50).

Ż.

Porządek dzienny ogólnego zebrania Członków Warszawskiej Kasy Pożyczkowo-oszczędnościowej Lekarzy, odbyć się mającego w dniu 9 (22) marca 1902 roku w gmachu Towarzystwa Kredytowego Miejskiego (Włodzimierska Nr. 25) o godzinie 8 wieczorem. 1) Otwarcie Ogólnego Zebrania przez Prezesa Zarządu. 2) Wybór Przewodniczącego na Ogólnem Zebraniu. 3) Zaproszenie asesorów i sekretarza. 4) Sprawozdanie Zarządu za r. 1901 i raport Komisji Rewizyjnej. 5) Wybór 5-iu członków Zarządu na r. 1902. 6) Wybór 2 zastępców członków Zarządu. 7) Wybór 3 członków Komisji Rewizyjnej. 8) Projekt budżetu na rok 1902. 9) Projekt Biura informacyjnego przy Kasie pożyczk.-oszczędn. Lekarzy.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Цензурою, Варшава 21 Февраля 1902 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8



Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie Józef Warszawski, Warszawa, Orła 5.

Aspirin

Antirheumaticum i. Analgeticum. Najlepiej zastępuje salicylaty. Smak przyjemny kwaskowaty; prawie zupełnie pozbawiony działania ubocznego. Daw. 1 gr. 3—5 dziennie.

Salochinin

(Ester salicylowy chininy). Anti-pyreticum i Analgeticum zupełnie bez smaku. Wskaz.: Stany gorączkowo szczeg. gorączki tyfuso-we, malaria, nerwice. (Neuralgie, Ischias).

Hedonal

Nowy Hyproticum, zupełnie nieszkodliwe, wolne od działania ubocznego. Spec. wskaz. bezsenność nerwowa szczeg. w stanach depresyjnych i t. d. Daw. 1,5—2 gr. po proszku w opłatkach lub w lewatywie.

Heroin hydrochl.

Wyśmienite sedativum przy wszelkich cierpieniach dróg oddechowych, zastępuje morfinę i kokainę, łatwo rozpuszczalne w wodzie, nie drażni. Daw. dla dorosł. 0,003—0,005 gr. 3—4 razy dziennie, dla dzieci 0,0005—0,0025 gr. 3—4 razy dziennie.

Agurin

Octan Theobromin-natrium. Nowe Diureticum, bardzo skuteczne i bardzo dobrze znoszone, daw. 0,5—1 gr. pro die 3 gr.

Salophen

Specyfik przy bólu głowy, influenzy, ostrym reumatyzmie stawów. Dawka 1 gr. co 2—3 godziny.

Protargol

Organiczny preparat srebra do leczenia trypra i rau, jak również w chorobach oczu. Wybitne bakteriobójcze własności przy najmniejszym podrażnieniu.

Somatoza

Wybitny środek wzmacniający dla chorych gorączkujących, osłabionych, rekonwalescentów. W wysokim stopniu pobudza apetyt. Dorosłym 6—12 gr. dziennie, dzieciom 3—6 gr. dziennie.

Europen

Specj. wskaz.: mała chirurgia, Ulcus molle, Papul mad. Zastępuje jodoform, posiada zapach przyjemny. Stosow.: czysty lub z acid. bor. pulv aa p. mieszany lub jako maść 5—10%.

Tannigen

Nieszkodliwy derywat taniny. Działa skutecznie przy rozwolnieniu i katarach żołądkowo-kiszkowych, specjalnie u dzieci. Dawka 0,25—0,5 gr. 6 razy dziennie.

Żelazo-Somatoza

Skuteczny środek wzmacniający przy Chlorozie i Anemii. Zawiera żelazo w połączeniu organicznem i w postaci łatwo wysysającej się. Bez smaku, łatwo rozpuszczalne. Pobudza apetyt, nie działa zamykająco.

Aristol

Wybitny środek zablizniający szczeg. przy ranach po oparzeniu z Acid Boric. pulv. aa ppt mieszany lub jako 5% maść.

Trional

Pewny środek nasenny, zawsze należy używać z większą ilością ciepłego płynu (herbata, mleko). Początkowa dawka 1,5 potem wystarcza 1 gr.

Mleko-Somatoza

Zawiera 5% taniny w organicznem połączeniu. Wskaz.: Dyspepsja, Neurastenia, Anemia, Gruźlica, Tyfus i Krzyżica. Dla dorosłych 5—15 gr. dziennie, Dla dzieci 3—10 dziennie.

Creosotal-Duotal

Preparaty kreozotu wolne od żrącego i trującego działania przeciw gruźlicy. Bronchitis, Tyfus.

Phenacetyna, Piperazyna, Lycetol, Jodothyryna, Salol.

Skład Wyrobów Gumowych, Cerat, Środków Opatrunkowych i Nowości.

G. EHLERT.

Warszawa Senatorska № 19 1-e piętro

Poleca: Watę i gazę opatrunkową w najlepszych gatunkach. Termometry maksymalne, pokojo-we i kąpielowe. Inhalatory. Irrygatory. Wszelkie przyrządy chirurgiczne z kauczuku i gumy.

Narzędzia metalowe ostre, doktorskie i t. p.

Urządzenie Ambulatoryów, Aptek i szpitalików.

Ganniki na żądanie wysyła się bezpłatnie. Pp. Lekarze i studenci korzystają z odpow. rabatu.