

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. S. Domański. Przyczynek do nauki o przymiocie mózgu. — II. A. Sokółowski. O nerwobólach klatki piersiowej, wikłających przewłokle suchoty płucne. (Dalszy ciąg) — III. R. Jasiński. Uwagi, dotyczące higieny szkół ze stanowiska ortopedycznego, oparte na własnem doświadczeniu. — *Dział sprawo-tawczy*: 31. L a n d a u Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. Przyczynek do nauki o przymiocie mózgu.

Według wykładu na 3-cim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie

Napisał

Dr Stanisław Domański.

Profesor nauki o chorobach układu nerwowego w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Nauka o chorobach układu nerwowego największej z pomiędzy wszystkich części patologii uległa zmianie w ostatnich kilkudziesięciu latach. Gdy dawniej poprzestawano przeważnie na opisanii objawów, a nazwy takie, jak porażenie połowicze, poprzeczne, ból nerwowy, anestezyja, wystarczały zupełnie do oznaczenia danych przypadków chorobnych, wiemy obecnie, że w każdym razie mamy nie tylko szukać zmiany anatomicznej, ale nawet określić jej rodzaj. Tym sposobem np. proste porażenie połowicze z choroby przemieniło się w objaw krwotoku do mózgu, zatoru, nowotworu, przymiotu, histeryi i t. d., rzeczą zaś jest badania klinicznego i ścisłych z niego wniosków, oznaczyć w każdym danym przypadku siedzibę i rodzaj zmiany anatomicznej, będącej przyczyną porażenia połowicznego. W dzisiejszym kierunku medycyny nieraz i to nie wystarcza; dążymy bowiem do czegoś więcej, t. j. do etyologii, czyli do wykazania właściwej przyczyny danej choroby. Tak np. wiemy obecnie, że przyczyną krwotoku do mózgu są drobne tętniaki, zatoru — zmiany chorobne w układzie naczynnym, przymiot mózgu-ziarniniaki, stwardnienia w substancyi mózgu i zmiany w naczyniach. Że dotychczas nie o wszystkich chorobach układu nerwowego mamy tak dokładne wiadomości anatomiczne i etylogiczne, rzecz powszechnie wiadoma. Do dziś dnia musimy w wielu przypadkach zadawałniać się określeniem objawów chorobnych, nie mogąc wyszukać dla nich ani przyczyny bezpośredniej, ani zmiany anatomicznej. Spodziewać się atoli należy, iż z biegiem czasu poznamy podstawy materialne, przynajmniej największej czę-

ści chorób układu nerwowego i przeprowadzimy w nerwopatologii konsekwentnie podział anatomiczny, w innych częściach patologii mniej lub więcej ogólnie już przyjęty.

Do rzędu takich chorób, których istotę rozświetlono znacznie, liczym przymiot mózgu. Dzięki badaniom, głównie lekarzy francuskich, mamy o tej chorobie znaczny zasób wiadomości pod względem anatomicznym i klinicznym. Mimo to każdy, kto miał sposobność poznać bliżej z własnego doświadczenia to tak ważne usadowienie się przymiotu, przyzna, że w przebiegu przymiotu mózgowego, napotyka się nierzadko na objawy, z których nie można sobie dokładnie zdać sprawy, a ponieważ na tę okoliczność, mimo jej ważności, dotąd mało zwrócono uwagi, przeto pozwolę sobie zająć tym przedmiotem Czytelnika.

Jest to kardynalną zasadą obecnej patologii, jako nauki przyrodniczej, że każdy przypadek chorobny ma swą przyczynę materjalną, czyli, że każdemu przypadkowi odpowiada ostatecznie zmiana anatomiczna lub chemiczna. Gdzie więc zmiana materjalna jest ciągłą, tam ciąglem powinno być zбочenie czynnościowe. Wobec tej zasady szczególniejsze nasuwa trudności wytłomaczenie objawów chwilowych, przemijających, tam, gdzie mamy prawo do przypuszczania ciągłej zmiany materjalnej. Tak np. nie mamy dotychczas teorii, tłumaczącej nam w sposób umiejętny napady migreny, epilepsyi, bólów nerwowych, a jeżeli pod tym względem powoływano się na elektryczność, która doiero przy pewnym nateżeniu przeskakuje przez powietrze wśród objawu światła, to nie można zapominać, iż tłumaczenie takie nie jest wcale umiejętnem przypuszczeniem, lecz poprostu tylko wyszukiwaniem analogii z innym zjawiskiem w przyrodzie, w celu osłonięcia prawdziwej niewiadomości. Analogija ta zresztą dla wielu chorób nerwowych nie ma znaczenia, bo wiadomo, iż np. napady epileptyczne nietylko że występują najczęściej nieregularnie, ale nadto nieraz grupami składającemi się z osobnych napadów, rozdzielonych od siebie krótkimi przestankami. O wiele podobniejszym do prawdy wydaje się przypuszczenie na podstawie badań mikroskopowych ¹⁾ krwi w tyfusie powrotnym (*typhus recurrens*), iż napady zostają w pewnym stosunku do rozwoju pasorzytów, a może odpowiadają pewnemu okresowi ich życia. Oczywistą jest rzeczą, iż przypuszczenie to zastosowaćby można jedynie do chorób infekcyjnych, objawiających się napadami. Czy dla przymiotu mogłoby ono mieć jakie znaczenie, niepodobna teraz rozstrzygnąć; to pewna, iż przymiot układu nerwowego, osobliwie mózgu, bo o tym ostatnim mamy najwięcej wiadomości, objawia się w wielu razach przypadkami przemijającemi, mniej lub więcej powtarzającemi się, którym najzasłużeńszy na tem polu badacz, Fournier ²⁾, nadał po części miano formy nawałowej (*forme congestive*), z wyraźnem atoli oświadczeniem, iż mianem tem

¹⁾ Obermeier. Ueber Pilzparasiten im Blute bei Recurrens. Centralblatt für die med. Wissenschaften. 1873, a po nim prócz wielu innych Heydenreich. Klinische und mikroskopische Untersuchungen über den Parasiten des Rückfallstypus und die mikroskopischen Veränderungen des Blutes bei dieser Krankheit. 1877. Moczutkowski. Materiellen zur Pathologie und Therapie des Rückfallstypus. Petersburger med. Wochenschrift. 1878.

²⁾ La syphilis du cerveau. Leçons cliniques. Paris. 1879.

oznacza nie to, jakoby przypadki, o których mowa, były rzeczywiście skutkiem nawału krwi do mózgu, lecz raczej, iż one są bardzo podobne do tych zbożeń czynnościowych, które słusznie czy niesłusznie wywodzimy z nawału krwi, i iż te przypadki przymiotu mózgowego prowadzą bardzo często do następstw tychże samych, co i nawał krwi. Takimi zbożeniami przemijającymi w przebiegu przymiotu mózgu są: zawrót głowy, odurzenie, większa lub mniejsza utrata przytomności, afazyja w rozmaitej formie, napady epileptyczne i apoplektyczne. Nie kusząc się o podanie ostatecznej przyczyny, dla której w chorobie, tak wybitnie przewlekłej jak przymiot, pojawiają się przelotne zbożenia czynnościowe, wypada ze stanowiska praktycznego zastanowić się, coby mogło być najbliższym, bezpośrednim powodem tych pomijających przypadków. Że zmianę anatomiczną stałą, lub przynajmniej przez czas dłuższy trwającą, wykluczyć możemy, wątpliwości żadnej ulegać nie powinno. Trzeba więc szukać przyczyny także przemijającej. Taką przyczyną przelotną, zmienną, mogłoby być przedewszystkiem zbożenie w krążeniu krwi i to mianowicie przekrwienie albo niedokrwistość.

W piśmiennictwie zdania pod tym względem są podzielone. I tak, B r o u s s i e ¹⁾ na podstawie własnej obserwacyi sądzi wprawdzie, że intermisya napadów polega na zmianach w krążeniu krwi, lecz afazyję wywodzi z nawału krwi, towarzyszącego porażeniu połowiczemu. C h a n o e t ²⁾ uważa wpływ przymiotu na krążenie krwi w mózgu za prawdopodobny, lubo zdaniem jego żaden fakt anatomiczny nie przemawia za działaniem przymiotu na przekrwienie lub niedokrwistość. Inaczej zupełnie pod tym względem zapatrują się na przymiot mózgu w ogólności B u z z a r d ³⁾ i A l t h a u s ⁴⁾. Pierwszy ze zwięzienia naczyń w przymiocie mózgu tłumaczy upośledzenie odżywiania kory mózgowej, opóźnienie krążenia, właściwą senność i jakoby połowiczną przytomność, a A l t h a u s zwraca uwagę, że zmiana anatomiczna tętnic występuje głównie w tętnicach szyjowych, kółku Willis'a, tętnicy rowku Sylwiusza i tętnicy spoidła największego (*corpus callosum*), ztąd prócz zwolnienia obiegu krwi, zmniejszenie ilości tlenu przyjętego, utrata energii i obniżenie władz psychicznych, śpiączka.

Zanim zastanowimy się, czy przekrwieniu czy niedokrwistości mózgu przypisywać należy przerzeczzone objawy przymiotu, zatrzymać się wypada na chwilę nad fizyologicznem krążeniem krwi w mózgu. Otóż z doświadczeń tak dawniejszych, jak i najnowszych, wśród których największej są wagi doświadczenia, których dokonał M o s s o ⁵⁾ w Turynie, wypada, 1) że już bardzo małe zmniejszenie dopływu krwi tętniczej do mózgu wystarcza do utraty przytomności i 2) że wymiana materyi odbywa się w mózgu o wiele energiczniej, niż w innych organach. Z temi stosunkami fizyologicznemi zostaje w związku układ naczyń mózgowych. Lubo wszakże połączenie się tętnic w kółko Willis'a

1) Réflexions sur un cas de syphilis cérébrale. Montpellier Medical. Avril 1881.

2) Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central. Thèse. Paris. 1879.

3) Cases of prolonged somnolence in central syphilis. The Lancet. 1879. Juny 7.

4) On syphilitic affections of the nervous system. Med. times and gazette. 10 Nov. 1877.

5) Ueber den Kreislauf des Blutes im menschlichen Gehirn. Leipzig. 1881.

ma niewątpliwie na celu zapobiegać szkodliwym skutkom utrudnienia krążenia krwi przez tętnice, czy to szyjowe czy kręgowe, to uczy jednakowoż doświadczenie, iż działanie tego mechanizmu przy większych przeszkodach nie jest dostateczne. Uwzględnijmy teraz, że w przymiocie tętnice właśnie na podstawie czaszki najczęściej ulegają zmianom chorobnym, które prowadzą do ich zwężenia, że dalej, jak to wykazał M o s s o i jak to dobrze z doświadczenia lekarskiego wiadomo, przy wdychaniu amylnitrytu, nawet bardzo znaczne przekrwienie tętnicze mózgu nie sprawia ani utraty przytomności, ani żadnych innych cięższych zaburzeń w czynności tego organu — jak: zawrotu głowy, porażen, kurczów — nabędziemy niewątpliwie przekonania, że nie przekrwienie, ale właśnie niedokrwistość tętnicza jest bezpośrednim powodem tych przemijających przypadków przymiotu mózgowego, którym — nie przesądzając ich przyczyny — nadał F o u r n i e r po części miano formy nawałowej. Występowanie zbroczeń czynnościowych, o których mowa, w niektórych przypadkach połowicznie, dowodziłoby wszakże, że i niedokrwistość mózgu pojawia się w takich razach także połowicznie. Lubo nie tu jest miejsce zastanawiać się obszernie nad fizjologicznymi stosunkami krążenia krwi w mózgu, niezbadanymi dotąd jeszcze pod bardzo wieloma względami, tyle jednak wydaje się, jeżeli nie zupełnie pewnem, to przynajmniej bardzo podobnem do prawdy, że wprawdzie nie wyłącznie, to przecież przeważnie zmienia się w mózgu, a raczej wewnątrz czaszki, nie ilość krwi krążącej, lecz tylko jej rozdział na tętnice, naczynia włosowate i żyły. Jak wnosi M o s s o ze swych dokładnych doświadczeń, krew, wpływająca za skurczem serca do tętnic mózgowych, wypycha taką samą ilość krwi ze żył wśród czaszki, a tem samem, jeżeli przy zwężeniach tętnic, lub innych przeszkodach, tętnicami mniej do mózgu krwi dopływa, mniej też odpływa żyłami, czyli niedokrwistość tętnicza mózgu, ogólna lub miejscowa, pociąga za sobą stosunkowe przekrwienie żyłne, a przez to przy tejże samej ilości krwi w mózgu zmienia się tylko jej rozdział, na co mózg jest tak czułym. W ten sposób wytłomaczyć się daje umiejętnie mechanizm niedokrwistości tętnicznej w mózgu, tak ogólnej jak i miejscowej.

Że przyczyną bezpośrednią przerzeczonych objawów przemijających przymiotu mózgowego jest najpodobniej do prawdy niedokrwistość tętnicza mózgu, przemawiają za tem zmiany anatomiczne tętnic, przez H e u b n e r'a ¹⁾ dokładnie opisane, a prowadzące do utrudnienia krążenia krwi, tudzież następujące okoliczności, z doświadczenia klinicznego zaczerpnięte.

1) Wzmaganie się objawów w postawie siedzącej i stojącej, a słabnięcie ich podczas leżenia.

2) Szkodliwy wpływ czynników, czy to osłabiających ustrój w ogólności, czy w szczególności zmniejszających pośrednio przyływ materii odżywczej do mózgu. Tak np. u jednego z moich chorych, zimne okłady na głowę pogarszały stan znacznie, a drugi, któremu lekarz ordynował na mniemane przekrwienie mózgu mocne środki przeczyszczające, prawie za każdym ich użyciem doznawał wzmaganania się objawów mózgowych.

¹⁾ Die Inetische Erkrankung der Hirnarterien. Leipzig. 1874.

3) Okoliczność, że, według doświadczeń fizjologicznych i spostrzeżeń klinicznych, objawy przemijające przymiotu mózgowego jak afazyja, porażenie połowiczne, utratę przyt mności, przytępienie psychiczne, napad epileptyczny, uważać trzeba przeważnie za skutek niedostatecznego lub wstrzymanego dopływu krwi do pewnych części mózgu.

4) Przemiana objawów przemijających, nieraz tylko przelotnych, w porażenia i inne zboczenia czynnościowe stałe. Dzieje się to tak w przypadkach, pod względem terapeutycznym zaniedbanych, jako też i tych, które nawet energicznemu leczeniu właściwymi środkami opierają się stanowczo. Otóż w przypadkach takich można bardzo spostrzegać jak np. ataki apoplektyczne z przemijającymi porażeniami połowicznymi powtarzają się, ale porażenia trwają coraz dłużej, aż wreszcie albo zostają nazawsze, albo w pomysłnym razie ustępują bardzo powoli.

5) Łączenie się przemijającego porażenia połowicznego i takiejże utraty czucia z afazyją w różnych formach i stopniach, co odpowiada stosunkom anatomicznym, a mianowicie tej okoliczności, iż tętnica rowku Sylwiusza zaopatruje między innymi ciało prążkowane, tudzież drugi i trzeci zwój czołowy, według Duret'a ruchowe części kory mózgowej, a prawdopodobnie także i części zostające w nader bliskim stosunku do czucia.

6) Do pewnego stopnia korzystne działanie środków podniecających czynność serca, jak alkoholu i eteru, które przynajmniej według mego doświadczenia nietylko nie szkodzą w takich przelotnych objawach przymiotu mózgowego, ale nawet zawczasu podane skracają je wyraźnie.

7) Niekorzystny wpływ pracy umysłowej, wzruszeń moralnych i fizycznych, na przypadki, o których mowa. Wiadomo, iż do mózgu w czasie jego spokoju, np. snu, mniej dopływa krwi tętniczej, niż podczas czynności, dalej, że podczas czynności wymiana materii w tym organie jest większa, niż w spoczynku. Otóż według tego, łatwoby można pojąć, iż przy zmianie anatomicznej tętnic, która prowadzi do zwężenia koryta krwi, ilość krwi dopływającej podczas spokoju wystarcza do odżywiania choćby niezupełnie dokładnego mózgu, nie jest atoli dostateczną do koniecznego przekrwienia czynnościowego i wyrównania zwiększonej wymiany materii. Ztąd i niezdolność do większej pracy, mianowicie umysłowej, jako odbywającej się w korze mózgowej i zaburzenia w czynnościach mózgu w ogólności.

Temi okolicznościami sędzę, że poparłem dostatecznie zdanie, że przemijające objawy tak zwanej przez Fournier'a formy nawałowej przymiotu mózgu polegają najpodobniej do prawdy na niedokrwistości tętniczej tego organu. Takie atoli pojęcie bezpośredniej przyczyny nie tłumaczy nam bynajmniej, dlaczego objawy, o których mowa, występują w napadach, powtarzających się po kilka, kilkanaście, czasem nawet kilkadziesiąt razy, nieraz w regularnych nawet mniej więcej odstępach czasu, zanim przyjdzie do trwałych zboczeń czynnościowych. Tę okoliczność musimy zostawić przyszłym badaniom.

Kwestyja bezpośredniej przyczyny napadów przemijających w przymiocie mózgu, tu poruszona, ma znaczenie nietylko teoretyczne ale i praktyczne. Wiadomo bowiem, iż właściwe leczenie jodem i rtęcią, nawet i najenergiczniejsze

potrzebuje do rozwinięcia swej skuteczności pewnego czasu, że zboczenia w krążeniu krwi w mózgu grożą ciężkimi zmianami następczemi w odżywianiu tego organu, i że właśnie skutkiem tego objawy z początku przemijające mają skłonność do coraz większego utrwalenia się. Łatwo przeto pojąć, iż zanim środki swoiste zaczną działać pomyślnie, trzeba koniecznie zmniejszać bezpośrednie niebezpieczeństwo dla substancji mózgowej.

Jeżeli zapatrywanie się nasze, że zboczenie w krążeniu krwi, a mianowicie niedokrwistość tętnicza, może przeważnie miejscowa, jest bezpośrednią przyczyną napadów, o których mówimy, to terapia symptomatyczna, zanim właściwa działać pocznie, wymaga przedewszystkiem takich środków, któreby ile możności podwyższyły jak najprędzej obieg krwi w mózgu. Do takich środków liczę mocne napoje wyskokowe: koniak, stare wino, mocną wódkę, dalej eter, których w wielu razach używałem, o ile sądzić można, w napadach z natury swej przemijających z pomyślnym skutkiem skracając napady. Na podstawie wreszcie nowszych, osobliwie najnowszych doświadczeń fizjologicznych Mossy i cennej pracy klinicznej K o r c z y ń s k i e g o ¹⁾, niedawno ogłoszonej, należałoby spróbować w przypadkach, o których mowa, amylitrytu i nitrogliceryny. Czy i w jakich warunkach, mimo zmian anatomicznych w tętnicach mózgu, przez przymiot wywołanych, środki te będą działać pomyślnie, rozstrzygnąć może tylko doświadczenie. Inne środki i sposoby dyjetetyczne, winny odpowiadać pojęciu niedokrwistości mózgu, jako przyczyny napadów bezpośredniej.

Nakoniec, trzymając się zasady *melius sero quam nunquam*, małe uzupełnienie należne pamięci wielkiego naszego uczonego. Pisząc artykuł mój ²⁾ o przymiocie układu nerwowego, wyliczyłem kilku autorów, którzy już w wieku XVI-tym domyślali się wpływu przymiotu na układ nerwowy. Nie podałem tam O c z k i, którego dzieło *Przymiot* dopiero przez wydanie przedruku w roku zeszłym stało mi się dostępnem. Otóż na stronnicy 230 wydania warszawskiego, czytamy w rozdziale: Głowy bolenie: „Wczym nasz Jegomość nam pracy niemało zada, który przymiotem strapiony ból ten cierpiwa: a ani krwią, ani bańkami, ani purgacyjami go wypędzić może: iż przyczynę ma wewnętrzną, jadowitą, skrytą, a nie tylko głowę, ale i insze części, od wątroby począwszy, trapiącą. I jakież, mu prognosticon damy, które, aby nań nieprzyszło, obmyśliwaćby miał? nie trzeba więcej, jedno to, co czuje, iż każdy ból łatwiej uskromić, niżli ten gdyż *causa latens* tego mało nie szkodliwsza niż insze: i toż może przynieść, co każda z owych wyżej mianowanych: i dosyć to teraz, że nie śpi, że jeśli zaśnie, sen miewa przerwany, melankoliczny, wizyj raczej niżli snów straszliwych pełny: iż myśli dobrej ani statecznej przed się nie bierze“. Pokazuje się z tego, iż

¹⁾ Kilka słów o działaniu fizjologicznem i o zastosowaniu leczywem nitrogliceryny. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. IV. 1881.

²⁾ Wykład o chorobach układu nerwowego. Zeszyt pierwszy. O przymiocie układu nerwowego. Kraków. 1881. (Osobna odbitka z Przeglądu Lekarskiego).

Oczko już znał wpływ przymiotu na układ nerwowy wtedy, kiedy inni dopiero się go domyślali i że wiedział również tak o uporczywości przymiotowego bólu głowy, jak i o tem, że przymiot może być powodem zbroczeń psychicznych.

II. O NERWOBÓLACH KLATKI PIERSIOWEJ, WIKŁAJĄCYCH PRZEWLEKŁE SUCHOTY PŁUCNE.

Podał

D-r. med. **Alfred Sokolowski.**

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 22).

Drugi rodzaj i to najważniejszy owych nerwobólów międzyżebrowych jest następujący: u suchotnika zazwyczaj przedstawiającego już dosyć daleko posunięte zmiany miejscowe (zgęszczenia lub nawet zniszczenie tkanki płucnej) występuje raptownie bez żadnej widocznej przyczyny silny ból w przedniej, lub też, co bywa rzadziej, w tylnej części klatki piersiowej, najczęściej poniżej kąta łopatki, lub też w okolicy jednej z sutek z przodu. Dopytując chorego o ów ból, dowiemy się, że chory jest w stanie zupełnie ściśle określić jego miejsce, a wówczas badając bliżej owe miejsce znajdziemy, że ból ściśle się umiejscawia w jednym z międzyżebrzy, najczęściej między 5 a 8; przy dotykaniu owego punktu bolesnego ból wzmagą się niesłychanie, a chory jednocześnie określa doskonale kierunek bólu, który rozprzestrzenia się na przebiegu całego nerwu międzyżebrowego. Dotykane samego sąsiedniego żebra i innych blizkich punktów klatki piersiowej bynajmniej nie wywołuje najmniejszego bólu, ani też nie powiększa bólu, stale w międzyżebżu istniejącego. Ból ten posiada charakter gwałtowny; chorzy skarżą się na silne klucie, boją się nawet odetchnąć głęboko, gdyż przy takowym akcie ból zazwyczaj, chociaż nieznacznie, wzmagą się. Badanie fizykalne klatki piersiowej w tem miejscu nie wykazuje żadnych zbroczeń: nie mamy ani stępienia, ani szmeru, tarcia i t. p. objawów, któreby przemawiały za zajęciem sąsiedniej oplucnej, przytem stan pozostaje bezgorączkowym. tętno nie jest przyspieszone. Ból taki gwałtowny trwa zwykle całe godziny, poczem zmniejsza się w nateżeniu, aby znowu w kilka godzin lub nazajutrz wystąpić z nową gwałtownością; jednym słowem ból ów przedstawia wszystkie cechy silnego nerwobólu. Zazwyczaj w ciągu dni kilku, najczęściej w ciągu tygodnia, ból zmniejsza się w nateżeniu, ustępując wreszcie zupełnie; często jednakże ból po jakimś czasie znowu w tem samym międzyżebżu występuje, znowu trwając dni kilka. Zdarzało mi się widzieć przypadki, gdzie tego rodzaju napady występowały 5 do 6 razy, za każdym razem trwając od 24 godzin do dni kilku. Jak to już wyżej wzmiankowałem, ból ogranicza się zazwyczaj do jednego międzyżebrza, widziałem jednak i takie przypadki, gdzie ból zajmował dwa, a nawet trzy sąsiednie międzyżebrza rozprzestrzeniając się przy ucisku każdego międzyżebrza na całą przestrzeń odpowiedniego nerwu międzyżebrowego. Są to jednakże przypadki rzadkie, a zazwyczaj ból występuje w jednym lub dwóch międzyżebrzach. W wyjątkowych przypadkach

ból ten międzyżebrowy bywa niesłychanie upartym. trwa bez przerwy całe tygodnie, a chociaż zmniejsza się w nateżeniu, jednakże trwa stale i stanowi jedyny i ustawiczny przedmiot skargi chorego. Co do znaczenia istotnego takowych bólów, to z licznych moich spostrzeżeń przyszedłem do stanowczego wniosku, że bóle owe są zwiastunami niejako bardzo bliską zapowiedzią, zmian głębszych tkanki płucnej, odbywających się centralnie, a powoli dążących ku obwodowi. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa tworzące się centralnie ognisko bronchopneumoniczne rozszerza się i dąży do powierzchni płuca, wywołuje powolne chroniczne zapalenie opłucnej i nerwu międzyżebrowego (*neuritis*), a ten ostatni proces jest przyczyną owego upartego i tak dotkliwego bólu. Z chwilą gdy ognisko zbliży się ku powierzchni płuca, gdy objawy auskultacyjne wykażą nam już jawnie jego obecność, zazwyczaj bóle ustępują, a w odpowiednim miejscu płuca wynajdujemy coraz wyraźniejsze oznaki głębokich zmian mięszowych. O takowym znaczeniu klinicznym i prognostycznym takowych bólów przekonałem się stanowczo; jest dla mnie tylko niezupełnie stwierdzoną rzeczą, czy ból taki polega na zapaleniu nerwu, czy też jest nerwobólem odruchowym w ścisłym znaczeniu tego wyrazu. Dotychczas bowiem nie miałem sposobności badania pośmiertnego odpowiedniego przypadku. Jeżeli jednakże wolno wnioskować przez zestawienie faktów analogicznych, to na poparcie przypuszczenia o zmianie zapalnej (*neuritis*) w nerwie odpowiednim mogą służyć spostrzeżenia *P e t e r'a*, który u indywiduów dotkniętych suchymi bólami neuralgicznymi, istniejącymi na przebiegu nerwu przeponowego (*n. phrenicus*) i mostka. znajdował przy badaniu pośmiertnym (chory dotknięty był zwyrodnieniem i rozszerzeniem aorty) zwyrodnienie łączno-tkanekowe odpowiednich nerwów, t. j. przeponowego i splotu sercowego (*P e t e r l. c. str. 450*).

Jak to już wyżej wzmiankowałem, owe bóle międzyżebrowe posiadają wysoką doniosłość, zdaniem mojem, pod względem prognostycznym, znając bowiem dokładnie ich charakter i umiejscowienie, musimy niemal być pewni, że u danego suchotnika, u którego często sprawa płucna pozostaje w okresie spoczynku, mamy do czynienia z powolnym rozszerzaniem się sprawy suchotniczej, tworzeniem się nowych ognisk serowatych, a tem samem posuwaniem się szybkim danego osobnika ku zejściu fatalnemu, pomimo że inne objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej wcale tego zapowiadać się nie zdają.

Sądzę, że wyżej opisaną kategorię nerwobólów najlepiej scharakteryzuję, opisawszy pokrótce dwa typowe tego rodzaju przypadki, przezemnie spostrzegane.

Spostrzeżenie I dotyczy chorego z praktyki mojej prywatnej, którego spostrzegałem wspólnie z kolegą *F r a n k e n s t e i n e m*. P. N., 42 lat liczący, urzędnik, dotknięty jest od lat pięciu trwającym, przewlekłym zapaleniem obu szczytów płucnych. Sprawa przebiegała w wielce przewlekły sposób; stan chorego to pogorszał się to poprawiał, od czasu do czasu chory doznawał krwioplucia, świeżych katarów i t. p., w każdym jednak razie stan był o tyle znośnym, że do ostatnich czasów chory mógł się zajmować swą zwykłą biurową pracą.

Chorego widziałem pierwszą razą w Październiku r. 1880; znalazłem wówczas dosyć rozległe zgęszczenia w obu szczytach płuc, szczególnie prawego, bez widocznych objawów zniszczenia tkanki płucnej; stan był bezgorączkowy. Ogólny stan przedstawiał się nader lichy. W końcu Listopada tegoż roku wystąpiły raptownie gwałtowne bóle w prawej połowie klatki piersiowej poniżej łopatki. Przy bliższym zbadaniu znaleziono, że ból był ściśle ograniczonym do 5-go międzyżebra; przy nacisku ból rozchodził się w kierunku przebiegu nerwu międzyżebrowego. Sąsiednie miejsca były niebolesne. Badanie fizykalne w okolicy rozprzestrzeniania się bólu nie wykazało przy opukiwaniu i osłuchiwaniu żadnych zjawisk anormalnych. Brano więc ból ów początkowo za czystą neuralgię i stosowano odpowiednie środki jako to narkotyki podskórnie, lub pod postacią maści, wcierań i t. d. Ulga była jednakże tylko chwilową, a ból występował po jakimś czasie z nową gwałtownością, stając się powodem bezsennych nocy. Stan taki niezwykle wyniszczył chorego. Chcąc ból złagodzić, stosowano następnie miejscową antyflogozę, banki cięte i suche, ciepłe okłady i t. p. środki, ale bezskutecznie; ból trwał dalej. Chorego widziałem znowu w początkach Grudnia, t. j. coś we dwa tygodnie po zjawieniu się owego bólu, ból miał być podług opowiadania chorego nieco mniejszym aniżeli w początku; znalazłem jednakże wyraźny punkt bolesny w 5 międzyżebżu, a przy nacisku występował niezwykle silny ból, rozprzestrzeniający się w kierunku przebiegu całego nerwu. Przy wysłuchiowaniu w tem miejscu znalazłem poniżej kąta łopatki oddech nieco zaostrzony; opukiwanie nie przedstawiało żadnych zmian, jednakże podczas kaszlu udawało mi się słyszeć w głębi rżenia suche z charakterem dźwięcznym. To zjawisko wysłuchowe dało mi podstawę do wypowiedzenia kolegom, będącym jednocześnie ze mną na naradzie, przypuszczenia, że w danym przypadku ból może być zależnym od tworzenia się w głębi nowego ogniska bronchopneumoniecznego, dążącego ku obwodowi; jednym słowem, że sprawa stara, znajdująca się w obu szczytach, zaczyna się rozszerzać i zajmować dolne części płuca.

Ból ten powoli zaczął się zmniejszać, trwał jeszcze ze dwa tygodnie (razem pięć), wreszcie ustąpił zupełnie, ale za to zjawiska wysłuchowe w tem miejscu wskazywały na coraz bardziej występujące zmiany destrukcyjne płuca; rżenia dźwięczne stawały się coraz wyraźniejszymi, wystąpił oddech oskrzelowy i t. p. objawy, znamionujące szybki postęp sprawy niszczącej. Chory w moim łóżku zmarł w Marcu 1881 przy zwykłych objawach daleko posuniętych suchot płucnych; bóle wyżej opisane nie wystąpiły więcej.

Spostrzeżenie II. Chora N., lat 64 mająca, przyjęta została w dniu 22 Grudnia 1881, na oddział chorób piersiowych i krtaniowych w szpitalu Ś-go Ducha. Chora dotknięta jest przewlekłą sprawą w płucach od kilku lat trwającą. Przy przyjęciu znalazłem stan bezgorączkowy, odżywianie ogólne liche, kaszel dosyć silny z obfitą ropiastą plwociną. Przy badaniu w szczycie prawego płuca bardziej od przodu aż do 3-go żebra znaleziono obszerną jamę suchotniczą (*caverna*) z licznymi rżeniami dźwięcznymi grubopęcherzykowymi (*gargouillement*). Nieznaczne zajęcie szczytu płuca lewego; brak objawów hektycznych. Chorej zalecono wewnątrz tran i krezot obok diety mlecznej. W ciągu trzymiesięcznego pobytu w szpitalu chora poprawiła się nieco,

stan ogólny i siły się wzmogły. Chora zupełnie nie gorączkowała. Dnia 28 Lutego 1882 r. chora uskarża się na silny ból w lewym boku; przy bliższem badaniu w okolicy pachowej lewej nie znaleziono żadnych zmian opukowych ani wysłuchowych. Oddech przedstawiał się podobnie jak i w pozostałej części lewego płuca pęcherzykowym, nieco zaostrozonym. Przy bliższem zbadaniu okolicy bólu znaleziono, że takowy jest ściśle umiejscowiony do 7 międzyżebrza; przy nacisku ból silnie się wzmaga, rozchodząc się w kierunku przebiegu nerwu głównie ku przodowi; stan bezgorączkowy. Zalecono wyjodynować okolicę bólu.

1. III. Ból trwa dalej z tym samym charakterem. Wysłuchiwanie nie wykrywa zmian chorobowych. Zalecono wezykatoryję. 2. III. Ból trwa lecz nieco mniej silny. 3. III. Ból ustąpił zupełnie, przy nacisku występuje lekka bolesność w kierunku nerwu. 4. III. Bólu nie ma zupełnie, przy nacisku również wcale się nie zjawia. 5 i 6. III. Stan ten sam. 7. III znowu wystąpił silny ból w tem samym miejscu co poprzednio ból rozprzestrzenia się głównie ku przodowi. Przy wysłuchiowaniu słyhać obok oddechu zaostrozonego nieco słabych rżeń trzeszczących (*subcrepitationes*), wieczorem ciepłota 37,9°C., tętno 80. Zalecono 2 cięte bańki, oraz ciepły okład. 8. III ból trwa dalej, a nadto wystąpił również i w międzyżebżu 8-mem, w linii pachowej. Przy naciskaniu na międzyżebże 7 i 8 ból wzmaga się znacznie, rozchodząc się aż do dołka podsercowego. Rżenia trzeszczące trwają dalej. Ból wzmaga się przy kaszlu; stan bezgorączkowy. Zastrzyknięto podskórnie morfinę, oraz zalecono dalej ciepły okład. 9. III. Ból trwa dalej w obu międzyżebżach, morfina łagodzi ból tylko przemijająco kaszel silny trwa dalej. Stan bezgorączkowy. Zalecono dużą wezykatoryję. 10. III. Wezykatoryja mocno naciągnęła; nad ranem bóle ustąpiły zupełnie; rżenia trwają dalej.

W ciągu pięciu następujących tygodni, t. j. do chwili wypisania się chorej (15. IV.) ból w lewym boku nie pojawił się wcale, zato rżenia w tejże okolicy (6—8 międzyżebże na linii pachowej) stawały się coraz liczniejszymi, a wreszcie przeszły w rżenia dźwięczne; oddech był nieokreślonym. Po dwóch tygodniach, t. j. w końcu Kwietnia, chora znowu wstąpiła na mój oddział głównie z powodu silnego bólu w prawym boku, od kilku dni trwającego. Badając, znaleźliśmy silny ból w międzyżebżu 6 i 7 w linii pachowej prawej; ból wzmagał się przy nacisku rozchodząc się w kierunku obu nerwów międzyżebrowych, idąc głównie ku przodowi. Przy wysłuchiowaniu tam że słyhać było oddech silnie zaostrozony. Sprawa niszcząca w prawym wierzchołku rozszerzyła się znacznie. W lewym boku w okolicy owego upartego bólu znalazłem między 6-em a 8-mem żebrem liczne rżenia dźwięczne przy oddechu nieokreślonym. W lewym szczycie również sprawa posunęła się dalej. Stan ogólny pogorszył się znacznie. Kaszel silny i uparty ze znaczną ilością płwociny ropiastej. *Status subfebrilis*; 38,5. Chorej zalecono *vesicans* na prawy bok, ciepły okład. W dni kilka ból ustąpił zupełnie. W chwili, gdy to piszę (5 Maja) ból u chorej pozostał nieznaczny; przy nacisku w międzyżebżu 6 ból nieco się odzywa. Stan chorej bezgorączkowy. Silny kaszel trwa dalej. (D. n.)

III. Uwagi, dotyczące higieny szkół ze stanowiska ortopedycznego, oparte na własnym doświadczeniu.

Przez **Dr. Jasińskiego**

(Rzecz czytana na posiedzeniu biologicznem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Kolega **Markiewicz** na przeszłym posiedzeniu biologicznem zwrócił uwagę Szanownych Panów na ogólną higieniczną stronę kwestyi ławek szkolnych, oraz przypomniał teoretyczne dane, na zasadzie których oceniamy wartość takich ławek. Powtarzać sześciu punktów, tak stosownie przez mego poprzednika zebranych, nie myślę, ani też mogę cokolwiek wywodom **Markiewicza** zarzucić, gdyż wnioski jego zupełnie są zgodne z postulatami, przez wszystkich higienistów dziś już prawie jednobrzmiąco sformułowanymi. Zwrócę tylko uwagę na tę część mowy jego, w której powiada, co większość inteligencji a nawet pedagogów widzi w naszych usiłowaniach higienicznej poprawy szkół, a zatrzymam się na tym punkcie dlatego, że 1) nie można za grzech poczytać publiczności i pedagogom tej ostrożności, z jaką przyjmują cudze zdania, ani się dziwić nie należy, że to, o czem najmniejszego nie mają pojęcia, uważają za prostą zabawkę panów **Markiewiczów**. Nie dziwię im się tembardziej, że wiem aż nadto dobrze, jak mało w ogóle u nas znaną jest patologija kręgosłupa, nie tylko wśród laików. Gdyby się nam udało, *ab o ro* zacząwszy, wyjaśnić zasadnicze punkty naszych poglądów, oraz dowieść, że istotnie wierzymy sami w ich ważność, wówczas przekonalibyśmy z pewnością ową większość inteligencji i pedagogów, gdyż sami przecież tę część ludności mianujemy inteligencyją. 2) Zatrzymuję się na tym punkcie mowy **Markiewicza**, aby spróbować, o ile siły pozwolą, wytłómaczyć podstawowo naszą śmieszoną napozór walkę z wiatrakami w nadziei, że słowa moje dojdą do uszu inteligencji i pedagogów i nakłonią ich do cofnięcia zarzutu donkiszoteryi, wymierzonego przeciw wależącym higienistom.

Ponieważ mnie, jako chirurga, najbliżej obchodzi higiena rosnącego szkieletu, przede wszystkim więc postaram się wyjaśnić, dlaczego szkoły dostarczają mi bez przerwy taką znaczną ilość chorych ze zgięciem bocznem (*scoliosis*) kręgosłupa. Że fakt sam nie jest pojedynczem, endemicznem u nas tylko zjawiskiem, o tem przekonać się można, wzięwszy do ręki pierwszą lepszą chirurgiję, lub ortopedyję. Ale jakież są przyczyny tego faktu? Wszak tylko na drodze dociekania tych przyczyn możemy mieć prawo wynajdywania środków zapobiegawczych. Otóż badania naukowe, ale ściśle naukowe, wykazały, że owe skoliozy polegają na nieprawidłowem rozwijaniu się pierścieni, w skład kolumny kręgowej wchodzących, wyrazem którego jest zmiana ich prawidłowego kształtu, będąca pierwszym i fundamentalnem zjawiskiem w tej sprawie. Kręgosłup jest prętem elastycznym, dźwigającym ciężar tułowia głowy i kończyn górnych. Każdy z kręgów jest wystawiony na działanie ciężaru tych części, a ustawienie jednego na drugim, *respective* postawa całej kolumny, zależy bezpośrednio od warunków równowagi owego ciśnienia. Jeżeli kolumna, o której mówię,

wskutek wad rozwojowych zbudowaną jest nienormalnie, jeżeli w skład kręgosłupa wchodzi np. częściowo rozwinięte półkręgi czyli tak zwane „*schaltwirbel*“ (L a m b l), wówczas normalne obciążenie kręgosłupa zmusza go do przyjęcia nienormalnej postawy, powoduje rozmaite jego skrzywienia. To jest jedna możliwość. W drugich przypadkach normalne obciążenie działa na normalnie ustawiony słup kręgowy, jednakże pojedyncze ogniwa tego słupa w skutek wadliwego stanu odżywiania całego ustroju kostnego w danym organizmie (krzywica, *rachitis*) są zbyt miękkie i pod wpływem zbytnej stosunkowo pracy ustępują, kręgosłup się wygina. To jest druga możliwość. W niektórych razach ogólna wadliwość organizmu, nie zasługująca wszakże na klasyczną, kliniczną nazwę krzywicy, usposabia normalnie ustawiony kręgosłup do tego, że pod wpływem nieprawidłowego obciążenia nie jest w stanie w czasie spoczynku powrócić na zasadzie swej sprężystości do normalnego ustawienia. Często powtarzające się i długo trwające, nieprawidłowe obciążanie takowego wadłego kręgosłupa, wpływa nań w ten sposób, że najruchliwsza jego część rośnie czyli kształtuje się ostatecznie nieprawidłowo. Strona bardziej obciążona rośnie wolniej, strona mniej obciążona prędzej, powstaje nierówność w wysokości prawej i lewej części pojedynczych kręgów, a więc pochylenie całego, nad ową najruchliwszą okolicą leżącego, oddziału w ten sposób, że górna część tułowia wychodzi z równowagi i upadłaby na tę stronę, po której ciężar jest większy. Jestto pierwszy okres nawykowej skoliozy, stale w części lędźwiowej się pojawiający, wypukłością zwróconej w stronę mniej obciążoną. Dla utrzymania równowagi następuje szereg zmian wtórnych, mechanicznie koniecznych. Tu należy kompensacyjne skrzywienie części grzbietowej, lub grzbietowo-szyjowej w stronę przeciwną i t. d. W szczególności wdawać się nie będę gdyż byłyby tu one zbyt cenne. W innych znowu razach wadły kręgosłup rośnie wadliwie dlatego, że jest narażony na ciągle i często powtarzające się fałszywe ustawienie, które odnieść należy koniec końcem do nieprawidłowych obciążeń, a których wpływ w skrzywieniach bocznych się objawia. Tak jak rozmaite ludy, o których tak pięknie opowiada D u d r e w i e z, dzieciom swoim głowy formują zapomocą mniej lub więcej rozkosznych przyrządów uciskających i gniotących, tak samo Europejczycy zniepodabniają kręgosłupy wadliwszych swych dzieci zapomocą także niezbyt rozkosznych przyrządów, zwanych powszechnie ławkami szkolnymi. Nie trzeba jednak zbyt jednostronnie traktować tej sprawy, żebyśmy nie opuścili tych warunków, które krzywią kręgosłup niezależnie od ławek. Dziecko, które jeszcze nawet nazwy ławki szkolnej nie rozumie, ma wadły kręgosłup; niania, nosząca je, oprócz tego obowiązku ma jeszcze inne codzienne potrzeby, do zaspokojenia których, jeśli nie jest mańkutom, używa ręki prawej. Żeby ją więc mieć wolną, nosi swój ciężar na lewym przedramieniu, nie wiedząc o tem, że dziecko, przechyla się ciągle w stronę prawą, szukając wygodnej podpory dla tułowia i główki. To stałe wadliwe ustawianie rachitycznego lub bardzo wadłego kręgosłupa staje się przyczyną przeszkód w rozwoju kręgów, a więc kończy się skoliozą o krzywiznie wręcz przeciwnej skoliozie szkolnej. Jeżeli ową nianką jest dziewczyna rosnąca, wadła czy to z urodzenia, czy

z choroby, czy z wczesnego rozwoju płciowego, lub wzrostu szybkiego, to dziecko skrzywi się w jedną stronę, a niania w przeciwną. Takich i tym podobnych kombinacji przytoczyłbym mógł z własnej praktyki znacznie więcej, gdybym się zdecydował na zbyt dalekie wycieczki poza granicę kwestyi ławek szkolnych.

Pojęcia niektórych badaczy o pierwotnym wpływie zmian w układzie mięśniowym, zwałające na ten czynnik całą winę największej liczby skrzywień bocznych, są dziś obalone na tej zasadzie, że się nie zgadzają z kodeksem fizjologii, ani potwierdzają przez poszukiwania anatomopatologiczne. Skolioza miogeniczna, czyli skrzywienie pochodzenia mięśniowego jest zjawiskiem rzadszem i od cierpienia układu nerwowego zależnem, a więc właściwie mówiąc, neurogenicznem. Nawet najgorętsi pionierzy owej dawnej teorii (Delpach, Eulenburg i t. d.) zgadzają się na to, że podstawą skoliozy jest zmiana kształtu trzonów i łuków kręgowych. A tacy badacze, jak Busch i Dornbluth, zupełnie przekonywająco, bo preparatami dowiedli, że teoria powstawania skrzywień kości przez niewłaściwe ich obciążenie albo ustawienie, jest jedyną i racjonalną dla przeważnej większości przypadków. Wniosek tedy jasny, że w szkole wątle oddawna, lub w danej dopiero chwili wątlejące dziecko, rośnie dlatego krzywo, że zajęcia zbyt długo trwające przy nieodpowiednich stołach narażają je na ciągłe wadliwe ustawienie kręgosłupa, a więc na chorobową zmianę wzrostu pojedynczych kręgów; że tak jest w istocie, postaram się dowieść.

Przy staniu tułów waha się na poprzecznej osi obu stawów biodrowych: żeby go utrzymać w równowadze, w ustawieniu pionowem, potrzeba 2 rzeczy: normalnych przedniotylnych wygięć kolumny i powtórne działania odpowiednich mięśni, przy jednoczesnej normalnej budowie więzadeł. Na trupie każdy przekonać się może, iż tułów ustawiony pionowo waha się i przegina w tył i naprzód, bo mięśnie, które go w wojskowem; (*aufrechte*) lub zaniedbanem (*nachlässige*) ustawieniu trzymać mają, straciły swe fizjologiczne własności. Tak samo człowiek śpiący naprzykład na ławce bez oparcia, kiwa się to w tył to naprzód, a głowa opada mu na piersi. Najodpowiedniejszym fizjologicznie ustawieniem kręgosłupa jest postawa wojskowa czyli wyprostowana, długo jednak trwać nie może, gdyż mięśnie grzbietu męczą się i przestają należycie utrzymywać ciężar głowy, klatki piersiowej i zawartości jamy brzusznej. Występuje wówczas postawa zaniedbana, to jest pochylenie kręgosłupa ku przodowi (*kyphosis arcuata totalis*), przy którym trzewia brzuszne i przednia ściana brzuszna grają rolę przedniego kręgosłupa, przedniej podstawy, pomagającej kręgosłupowi. Tam gdzie ta podstawa nie jest w stanie utrzymać ciężaru wającego się ku przodowi kręgosłupa, tam albo dziecko, opierając się rękami o uda, samo instynktownie dźwiga swój tułów (wszystkie spostrzegane przezemnie przypadki próchnienia kręgów, z wyjątkiem szyjowych), albo mięśnie grzbietu, kurcząc się nad miarę, powodują z czasem nadmierną lordozę (przypadki porażenia mięśni ściany brzusznej, np. przypadek spostrzegany przezemnie wspólnie z Franciszkiem Neugebauerem, a w jego rozprawie doktoryzacyjnej opisany). Przy postawie poprawnej, wojskowej, nachylenie miednicy jest większe, niż przy postawie zaniedbanej, przy której nachylenie to, jeszcze by więcej

znikało, gdyby nie więzy biodrowe, naprężające się jako hamulec. Do znacznie-
szego odciążenia kręgosłupa i zwolnienia mięśni przyczynia się zgięcie jednej
z kończyn dolnych, więc krzywe ustawienie miednicy i odpowiednia, zaraz pow-
stająca skolioza równowagowa, czyli statyczna.

Takie same zmiany w ustawieniu miednicy powstają przy siedzeniu, które
bywa dwojakie. Po 1-e s i e d z e n i e p r z e d n i e. Tu podstawę dla tułowia
stanowią dwa guzy siedzeniowe i te części obu ud, które leżą na siedzeniu. Mie-
dnica pochyla się ku przodowi, kręgosłup ustawia się w postawie wojskowej, do
czego p o t r z e b a c i ą g ł ę j p r a c y m i ę s n i o w e j, jeżeli grzbiet lub ra-
miona sztucznej nie otrzymają podpory. Ciągłe natężenie tej pracy mięśniowej
musi za sobą pociągnąć osłabienie mięśni, a ztąd większą wrażliwość kręgo-
słupa na wadliwe ustawienia i powstawanie skrzywień. Dlatego to wołamy, że
potrzeba w ławkach oparć odpowiednich. Jak oparć nie będzie, tak jak w więk-
szych audytoryjach naszego uniwersytetu (fizyczne, anatomiczne i inne), to słu-
chacz musi się zgiąć w pałąk (*kyphosis arcuata totalis*), nogę na nogę założyć,
a więc ustawić miednicę krzywo, a kręgosłup w postawie skoliotycznej (*scoliosis
statica*), tak jak u człowieka mającego jedną nogę krótszą, tembardziej że na
kolanie się tam pisze, bo nie ma stolów. Jeżeli jest stół, lecz oparcia tylnego nie
ma, to uczeń może ulżyć sobie, jedynie opierając się o ów stół piersiami, tamuje
oddech i wzrost normalny klatki piersiowej. Po 2-e s i e d z e n i e t y l n e. Tu ciało
spoczywa na siedzeniu trzema punktami: dwoma guzami siedzeniowymi i końcem
kości ogonowej. Siedzenie to odpowiada postawie zaniedbanej; miednica i część
łędźwiowa nachylają się ku tyłowi, a górna część kolumny ku przodowi, robi się
kyphosis arcuata generalis. Siedzenie jednego typu, to jest przednie lub tylne, dłu-
go trwać nie może, bo się od ciężaru ugniatają pewne stałe punkty podpory i bo-
lą. Zmienia się więc jeden typ na drugi. Do siedzenia przedniego wystarczyło-
by oparcie krzyżowe, gdyż kręgosłup znajdzie w warunkach normalnej fizyjo-
logicznej postawy ulgę dla mięśni łędźwiowych. Do siedzenia tylnego konieczne
jest oparcie grzbietowe, bo znika wklęsłość (*lordosis*) łędźwiowa normalna, która
jest koniecznym warunkiem statycznym do łatwego dźwigania głowy i koń-
czyn górnych, jak tego wybornie dowiódł M a y e r. Przy siedzeniu tylnem,
a jego *à la longue* uniknąć nie można bez zmęczenia, kręgosłup musi prawie leżeć
na oparciu zlekka w tył przechylonem. (D. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

31. Landau Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. (*Die Wanderniere der
Frauen. Berlin. 1881. str. 104*).

(Dokończenie — Patrz Nr. 22).

Mimo to że wszyscy prawie autorowie odrzucają wpływ nerki wędrującej
na wytwarzanie i wydzielanie moczu, L a n d a u przyjmuje go w bardzo wyso-
kim stopniu. Mocz może być albo bardzo skąpy, ciemny, o dużym ciężarze wła-
ściwym, lub przeciwnie, obfity, bledy i posiadający mały ciężar właściwy; często
znajdujemy w moczu ciała czerwone krwi i złuszczone nabłonki; czasami przy-
chodzi do zupełnej anuryi. Główną przyczynę tych zjawisk L a n d a u upa-

truje także w zakłóceniu krążenia w żyłę nerkowej. Zboczenia w wydzielaniu moczu mogą zależeć już to od samego jego składu, już też niezależnie od takowego są w związku z nieprawidłowym kształtem moczowodów, *respective* ich skręceniem i zgięciem pod kątem ostrym. Gdy nerka opuszczając się ku dołowi wykonywa zarazem obrót około swej osi poprzecznej, to początek moczowodów, zajmujący pierwotnie najniższe miejsce miedniczki nerkowej, podnosi się stopniowo ku górze i musi zająć miejsce najwyższe, wskutek czego mocz może odpływać do pęcherza tylko od czasu do czasu, gdy wypełni całkowicie miedniczkę. Zazwyczaj objawy te przechodzą zupełnie w ciągu kilku dni, skoro chory położy się i zachowa zupełny spokój; jeśli zaś powtarza się to często i zachodzi niemożność przyjęcia poziomego położenia ciała, to rozciągana bezustannie miedniczka nerkowa traci sprężystość swych ścian, rozszerza się, następuje ucisk na miąższ nerki i powstaje wodonercze. Proces ten uważa *Landau* za jedną z najczęstszych przyczyn wodonercza i związek pomiędzy nim i nerką wędrującą uważa za bardzo ścisły. W objaśnieniu istotnej przyczyny *Landau* nie zgadza się ze zdaniem *Virchow'a* i *Simona*, którzy przyjmują powstawanie pewnego rodzaju zastawki na granicy między moczowodem i miedniczką, zależnie od silnego zgięcia moczowodu i znacznego wypełnienia miedniczki moczem i odrzuca również zdanie *Cohnheima*, który w tym razie przypisuje wodonercze wrodzonemu nieprawidłowemu przyczepowi moczowodu do miedniczki i stara się wszystko objasnić li tylko samem zgięciem i skręceniem moczowodów. Na dowód swego twierdzenia przytacza napotykanę czasem na trupach takie położenie nerki, w którym wnęka była zwróconą ku górze i naprzód, a moczowód zgięty pod kątem bardzo ostrym. Zwykle w takich razach znajdowano wodonercze. Prócz tego *Landau* wspomina także o zjawiskach wodonercza przemijającego, którego główny objaw polega na pojawieniu się i znikaniu guza przy równoczesnem istnieniu odpowiednich objawów ze strony moczu; wszystko zdaniem *Landau*'a zależy li tylko od zgięcia i skręcenia moczowodu, nie zaś od tworzenia się zastawki lub wrodzonego nieprawidłowego przyczepu. Przypadki przemijającego wodonercza przyjmowano bardzo często za guzy jajnika, jak to miało miejsce w przypadkach ogłoszonych przez *John'a*, *Schoenleina*, *Rosensteina*, *Halliera* i innych. Twierdzenie swe popiera *Landau* także doświadczeniami, wykonanemi na balonie gumowym, napelnionym wodą, które czytelnik znajdzie w monografii na str. 68.

Ciąża i poród mogą wywierać pewien wpływ na objawy nerki wędrującej. Powiększona macica podnosi ku górze nerkę ruchomą, wskutek czego objawy zwykle zostają złagodzone. Czasem nawet może dojść do zupełnego zniesienia w ten sposób ruchomości nerki, czemu bardzo sprzyja rozwój tłuszczu w tkance łącznej podskórnej i podsurowiczej. O przypadkach takich wspominają *Hare* i *Oppolzer*. Czasami zdarza się szkodliwy wpływ nerki wędrującej na ciążę, a mianowicie możliwość wywołania poronienia wskutek utrudnienia krążenia i przeszkód mechanicznych. Ustanie miesiączkowania często bardzo dobrze wpływa na objawy nerki wędrującej, co tłumaczy związkem między splotem jajnikowym i nerkowym. Na przebieg miesiączki może wywierać zły wpływ tylko nerka przyrośnięta.

Za pomocą badania obiektywnego otrzymujemy pewne stałe objawy nerki ruchomej, które pozwalają z pewnością wnosić o jej istnieniu. W stojącej pozycji chorych, mających brzuch obwisły, często bardzo widzieć się dają kontury nerki uruchomionej, jeszcze lepiej uwidoczniają się one w położeniu poziomem na boku zdrowym; przy głębokim wdechu kontury występują również daleko wyraźniej. Mniej stałym objawem jest spłaszczenie i zapadnięcie odpowiedniej okolicy lędźwiowej, które zauważyć czasem można w pozycji na czworakach. Odgłos wypukowy na miejscu guza zazwyczaj bywa stłumiony bębenkowy; przytem po lewej stronie objaw ten bywa mniej wyraźny, gdyż na przeszkodzie stoją

żołądek i kiszki wypełnione gazami. Nerka wędrująca może dawać objawy wypukowe podobne do guzów położonych wewnątrz lub zewnątrz otrzewnej, co zależy tylko od długości krezki nerkowej i od tego, o ile moczowód może się oddalać od tylnej ściany brzucha; przy długiej krezce odgłos stłumiony otrzymamy na wewnątrz od kiszki grubej, przy krótkiej na zewnątrz. Nieobecności nerki na właściwym jej miejscu nie możemy na pewno określić za pomocą wypukiwania. Wprawdzie niektórzy przypuszczają, że wówczas odgłos wypukowy będzie jaśniejszy, lecz zdaje się, że gruby pokład mięśni, żebra i m. czworoboczny lędźwi nie pozwalają otrzymać jakichkolwiek pewnych wyników. Pewniejsze stosunkowo dane otrzymujemy za pomocą macania. Nerkę wędrującą zwykle wyczuwamy pod wolnym brzegiem żeber bliżej ku linii środkowej i ku pępki, jako ciało gładkie, wrażliwe na ucisk; kontury nerki oraz tętnienie tętnicy nerkowej rzadziej daje się wyczuć; prawą nerkę wyczuwamy łatwiej niż lewą. Właścią nerki wędrującej jest łatwe usuwanie się spod dotykających palców i bardzo łatwy powrót na swoje miejsce, zwłaszcza w położeniu poziomem; czasem udaje się znów ją wyprowadzać ze zwykłego położenia za pomocą uderzeń w bok, pochylenia całego ciała i t. p.. Wymacywanie powinno być dwuręczne i trzeba je wykonywać w rozmaitych położeniach ciała. Położenie na czworakach jest mniej dogodne; najodpowiedniejsze jest położenie poziome ze zbliżeniami cokolwiek do siebie udami i wzniesioną górną połową tułowia. Badając nerkę prawą, trzeba stanąć po stronie lewej chorego, podłożyć prawą rękę pod prawą okolice lędźwiową i tą ręką poruszać nerkę ku ręce lewej, spoczywającej na odpowiednim miejscu brzucha. Przy badaniu lewej nerki postępuje się odwrotnie. W ten sposób możemy bardzo dobrze wyczuwać dolny brzeg prawidłowej nerki, a nerkę wędrującą możemy całą przesuwać pomiędzy rękami. Wymacywanie zazwyczaj jest bolesne. Wysłuchiwanie powinno także być zastosowane zwłaszcza przy podejrzeniu zwężenia światła naczyń; słyseć się daje wówczas szmer podobny do świstu.

Rozpoznanie głównie powinno być oparte na przedmiotowym badaniu i przeważnie na wymacywaniu. Z pewnością możemy powiedzieć, że mamy do czynienia z nerką wędrującą, gdy zdołamy wyczuć ciało gładkie, ruchome w kierunku od lędźwi do pępka, wnękę i tętnienie tętnicy nerkowej. Nadzwyczaj łatwo zdarzać się mogą pomyłki, gdyż można przyjmować z wszelkimi pozorami słuszności guzy sąsiednich organów za nerkę wędrującą i odwrotnie. I tak bardzo często częściowe skurcze mięśni prostych, poprzecznych i skośnych brzucha pozwalają wyczuwać ciało owalne, gładkie i dość ruchome; chloroformowanie nie zawsze daje pewne wyniki, gdyż i nerka wędrująca często pod wpływem znieczulenia sama wraca na swe zwykłe miejsce. Guzy wątroby, przerost jej i przyrośnięcie nerki do dolnego brzegu wątroby bardzo trudno odróżnić od właściwej nerki wędrującej, gdyż objawy przy wypukiwaniu i wymacywaniu są prawie te same obok istniejących również bólów, zbroceń trawienia i żółtaczki; dla tego też w tych razach rozstrzygnąć może tylko dalsza obserwacja, zwłaszcza w przypadkach złośliwych nowotworów wątroby. Również tylko dalszy przebieg rozstrzyga w przypadkach nowotworów pęcherza żółciowego. W razie niepewności co do istnienia bąblowca wątroby lub wodnej puchliny pęcherzyka żółciowego, rozstrzyga próbne przekłucie. Zwłaszcza w przypadkach nowotworów pęcherzyka żółciowego pomyłki są bardzo możliwe. *Landau* wspomina o kilku przypadkach tego rodzaju i przytacza fakt z własnej praktyki, w którym przyjmował początkowo nerkę wędrującą; potem, gdy nastąpiło bardzo prędko silne wyniszczenie przypuszczał nerkę wędrującą zwyrodnioną rakowatą, a przy sekcji okazał się rak pęcherzyka żółciowego. W przypadkach raków żołądka i trzustki, rozstrzygać może łatwo znikanie bólów w położeniu poziomem. Raki okrężnicy wstępującej i zstępującej łatwo mogą być wzięte za nerkę wędrującą, zwłaszcza gdy nowotwór nie doszedł jeszcze dużych rozmiarów, gdyż istnieje tylko guz

i zboczenie w trawieniu; gdy raki te znacznie się powiększą pomyłka nie jest tak łatwa. Guzy śledziony (białaczkowe, zwyrodn. maczkowate) i ruchomość jej możemy wykluczyć na tej zasadzie, że w poziomem ułożeniu ciała nie zmieniają wcale swego położenia; prócz tego powiększeniu śledziony towarzyszą zazwyczaj objawy ogólne, jakich brak przy nerce wędrującej. Bardzo łatwo można przyjąć guzy organów płciowych za nerkę wędrującą i odwrotnie, można wtedy poniekąd opierać się na ruchomości guza ku okolicy lędźwiowej, bez znacznej bolesności; lecz z drugiej strony trudno wykluczyć nerkę wędrującą, gdy ruchomość istnieje i ku miednicy i ku lędzwiom, gdyż jak wiemy może ona opuszczać się w tym kierunku. Dla tego też trzeba zawsze bardzo szczegółowo zbadać organy płciowe i tylko na zasadzie silnego przekonania o ich stanie prawidłowym możemy w wątpliwych przypadkach na pewno wykluczyć ich guzy. Czasami zdarza się potrzeba wykluczenia pozornej brzemiennosci.

Zrosty nerki wędrującej z sąsiednimi organami wtedy można rozpoznawać napewno, gdy nerka jest dostatecznie nieruchomą w niezwykłym swym miejscu, lecz nie dalej od 1 kręgu lędźwiowego, jak na długość naczyń nerkowych. Jednakże zrosty nerki wędrującej często są bardzo delikatne i miękkie, pozwalające na odprowadzenie jej na zwykle miejsce; i wówczas jednak możemy rozpoznać przyrośnięcie na tej zasadzie, że nerka znów wraca sama na miejsce przyrośnięcia. Inne powikłania nerki wędrującej dają się rozpoznawać stosunkowo dość łatwo. Uwięzienia nerki nie możemy wprawdzie stanowczo rozpoznać jedynie za pomocą wymacywania wskutek znacznej jej wrażliwości na ucisk i mogliśmy łatwo przyjąć obecność *perityphlitis* i *parametritis*, lecz zjawiska ze strony moczu i nagłe znikanie guza zawsze mogą posłużyć do uzasadnienia rozpoznania. Wodonercze wywołane przez nerkę ruchomą niczem nie różni się od tegoż stanu powstałego z innych powodów; stanowczego dowodu dla rozpoznania musimy szukać w peryjodycznym zjawianiu się i znikaniu guza, w przemijającym wodonerczu. Jeśli istnieje jeszcze część nerki niezmieniona to zazwyczaj opuszcza się ona ku kręgosłupowi.

Rokowanie *quoad vitam* przy nerce wędrującej zawsze jest zupełnie pomyślne. Wprawdzie Keppler utrzymuje, że wskutek wycięcia może dojść do śmiertelnego zejścia, lecz Landau nigdy nie spostrzegł takiego przypadku i wydaje mu się to niemożliwym. Zdaniem Landau rokowanie pogorszyło się znacznie od czasu wprowadzenia w użycie wycinania zdrowej nerki wędrującej i na tej zasadzie bardzo powstaje przeciwko tej operacji. Zupełne wyzdrowienie zdarza się przeważnie tylko w przypadkach traumatycznego powstania ruchomej nerki i przy jej wystąpieniu po chorobach gorączkowych, gdy nerka opuszcza swe miejsce z powodu utraty tłuszczu; w takich razach więzy mogą się wzmocnić i utrzymać nerkę w prawidłowym położeniu. Cięża może czasem spowodować zupełne wyleczenie. Powikłania również nie dają złego rokowania *quoad vitam*; nie znamy ani jednego przypadku śmierci wskutek uwięzienia nerki. Gorsze rokowanie daje wodonercze nerki wędrującej i ropnie, lecz i to tylko wskutek nie stosownego zachowania się chorych.

Leczenie. Pierwszem staraniem w leczeniu powinno być usunięcie przyczyny, a więc leczenie tych cierpień sąsiednich organów, które mogą wywołać nerkę wędrującą; trzeba jednakże być bardzo ostrożnym w wyborze środków i zwracać uwagę, ażeby zupełnie odpowiadały celowi i nie stały w sprzeczności z leczeniem głównego cierpienia. W leczeniu samej nerki ruchomej trzeba się starać o odprowadzenie jej na miejsce i utrzymanie w takowem. A odprowadzenie daje się łatwo dokonać za pomocą tych samych rękoczynów, jakich używamy przy wyczuwaniu nerki wędrującej. Jeśli przypadek jest świeży, to w położeniu poziomem ciała nie trzeba żadnych środków zewnętrznych do utrzymania odprowadzonej nerki na jej zwykłym miejscu. Wynajdywano najrozmaitsze bandaże i opaski, niektóre opatrzone pelotami, ażeby w ten sposób utrzymać

stale nerkę w normalnem jej położeniu; wszystkie te środki okazały się jednak niepraktycznymi; pelotę zastosować trudno dla tego, że uciskając lekko, ciśnie tylko na kiszki nie zaś na nerkę, przy silnym zaś ucisku łatwo może spowodować zboczenie nerki z prawidłowego położenia. W ostatnich czasach proponowano przyszywanie odprowadzonej nerki do ściany brzucha; lecz środek ten nie da się zastosować, gdyż, chcąc przyszyć nerkę, trzeba by koniecznie albo wypiłować na pewnej przestrzeni 2 ostatnie żebra lub też przeprowadzić szew przez ostatnią przestrzeń międzyżebrową, grubą pokład mięśni i mięsz samej nerki; wreszcie brak w tem miejscu dwóch błon surowicznych, które z łatwością mogłyby się zrosnąć i w ten sposób utrzymać stale nerkę. Ponieważ nie możemy działać skutecznie bezpośrednio na samą nerkę, trzeba starać się przez podtrzymywanie i lekki ucisk ścian brzucha działać chociaż pośrednio na utrzymanie nerki w zwykłym jej położeniu. *Landau* zastosowywał rozmaite bandaże, obejmujące cały brzuch i doszedł do przekonania, że najodpowiedniejszy jest w lecie bandaż drelichowy, w zimie zaś flanelowy, ściśle przylegający do brzucha i opatrzonej po bokach w pasy sprężyste; całe gumowe bandaże są nieodpowiednie. Bardzo dobrym i może najodpowiedniejszym środkiem jest gorset długi, sięgający aż do więzów *Pouparta* i kości łonowych, gdyż wywiera jednostajny ucisk na ściany brzucha, znosi obwisłość takowego i jest stale umocowany na klatce piersiowej, czego brak wszystkim poprzednim bandażom, które łatwo mogą się zesuwać ku górze. Prócz tych środków mechanicznych konieczne jest leczenie zmierzające do wzmocnienia ścian brzucha i całego organizmu; tu daje się zastosować bardzo dobrze elektryczność, leczenie zimną wodą, masaż, morskie kąpiele. Najlepsze rezultaty wydawały kąpiele kilkotygodniowe w morzu, wraz z elektryzowaniem ścian brzucha lub miejscowo stosowanie wody zimnej, oprócz, rozumie się, niezbędnego gorsetu lub opaski na brzuch.

Landau bardzo usilnie powstaje przeciw wycinaniu zdrowej nerki wędrującej, które jednakże liczy wielu zwolenników, od czasu próby dokonanej przez *Keppler'a*. Trudno pozbawić organizm narządu tak niezbędnego jak nerka; niezawsze liczyć można na to, że druga nerka zdoła zastąpić usuniętą, gdyż zdarzają się niespodzianki, że po usunięciu jednej druga nerka okazuje się skłoną do zwyrodniania tłuszczowego lub wodonercza, jak tego dowodzą przypadki *Merker'a* i *Langeg'o*; trzeba się liczyć także z możebnością istnienia jednej tylko nerki. Podczas samej operacji łatwo nastąpić może silny krwotok a bardzo częstym zejściem jest posocznica. W ogóle śmiertelność w niebardzo jeszcze licznych przypadkach tej operacji wynosi około 50%.

Przy uwięzieniu nerki wędrującej starania o odprowadzenie jej na miejsce są zbyt czyste, gdyż, jak wyżej o tem była mowa, sama nerka wraca do takowego w położeniu ciała poziomem. Jeśli koniecznie chcemy dokonać odprowadzenia, to trzeba to uskutecznić w ciepłej kąpieli i w znieczuleniu chloroformem. Gdyby objawy zapalne były znaczne, koniecznem jest przystawienie pijawek (6—10) i okład lodowy; bóle łagodzi się za pomocą ciepłych okładów i dużych dawek makowca. W bardzo rzadkich przypadkach ropni okołonerkowych trzeba się uciec do szerokich nacięć lub nawet wyluszczenia nerki, która to operacja według *Landau'a*, li tylko w tym razie jest rzeczywiście wskazaną.

Jeśli wodonercze jest przemijające, jak to bywa najczęściej, to zwykle można przeczekać, łagodząc tylko objawy; gdy trwa uparcie, to zmusza do wykonania jednej z operacji używanych w tym razie, a mianowicie wycięcia nerki lub też utworzenia sztucznej przetoki. Przy wycięciu nerki zwyrodnionej łatwo występuje zakrzep żyły głównej dolnej, w przedłużeniu z żyły nerkowej; śmiertelność wynosi około 50%. Dla tego też *Landau* radzi zwykle przystępować do utworzenia przetoki, tylko po uprzedniem przyszyciu worka nerki zwyrodnionej do ściany brzucha w miejscu najodpowiedniejszym, ażeby zapobiedz wylewaniu się zawartości worka do jamy otrzewnej. W ogólności

L a n d a u skłania się raczej ku wykonaniu przetoki nie zaś do wycięcia nerki, chociażby to ostatecznie nie przedstawiało żadnego niebezpieczeństwa; nie radzi również wycinać lub niszczyć żelazem rozpalonem lub środkami żrącemi pozostałych zdrowych części nerki, gdyż mogą one zupełnie zastąpić zdrową nerkę, a nawet ją nanowo do pewnego stopnia wytworzyć.

W monografii swej L a n d a u podaje zebrane bardzo starannie protokoły sekcyj, dokonanych dotychczas na chorych z nerką wędrującą i historyje chorób niektórych postrzeganych przypadków. *S. M. Jakowski.*

Wiadomości bieżące.

Paryż. Zaczęło tu wychodzić nowe pismo „Annales de l'hydrothérapie scientifique“ pod dyrekcją D-ra P a s e a l'a, następcy F l e u r y'e g o.

Praga. W N-rze 22 „Czasopisu lekarów Českých“ wyszłym 27 Maja r. b. a więc podczas odbytego Zjazdu przyrodników i lekarzy czytamy następującą odezwę.

KU DNŮM SJEZDOVÝM.

Jest to poprvé dnes po staletích, kdy synové bohatýrského národa polského přispěchali k nám, aby podali důkaz pravé duchovní vzájemnosti mezi dvěma haluzemi slovanskými, které jazykem, vírou i osudem sobě nejbliže stojí.

Oběma národům jž jednou smrtící šíp proklál srdce, obou synové nejschbetnější zmírali ve vyhnanství a oba znovu nezdolnou šíj povznášejí, oba opět bojují a pracují k zmohtnutí a povznešení drabých svých vlastí!

Vítáme Vás, muže práce do Visly, v tu naši stovčátou Prahu pozdrawem horoucím! Kořeny dvou lip slovanských se proplétají. Činíce kmeny nezdolné bouřím všem a bouři každě. Základ vzájemnosti polsko-české slavně položen na poli vědy, jenž nepodlehá vratkým obrátům politickým.

Necht' práce Vaše i naše přinese oslavu vlastím společným, nesouc se za nejvyšším ideálem, za humanismem!

Tisknouce Vám bratské pravice, prosíme Vás, abyste domů se navrativše, zvěstovali všem náš. pozdrav upřímný!

Würzburg. Dnia 1—4 Sierpnia r. b. obchodzoną tu będzie uroczystość 300-letniego założenia Uniwersytetu.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

D-r H u b e r t H r. K r a s i Ń s k i. Udział Czechów w rozwoju oświaty i nauki lekarskie w dawnej Polsce. Dedykowane na pamiątkę braciom Czechom. Mowa miano na Zjeździe przyrodniczo-lekarskim w Pradze Czeskiej d. 27 Maja 1882 r.

D-r A. S t o e k m a n n. Cichociaek pod względem lekarskim. Warszawa. 1882.

B i l l r o t h. O pielęgnowaniu chorych w domu i szpitalu. Nakład „Kroniki lekarskiej“. Warszawa. 1882.

B o i l l a t. Beiträge zur Lehre von der Antisepsis. (Z pracowni prof. Nenekię w Bernie). 1882.

M. N e n e k i. Ueber die Zulässigkeit gegypster. Wien. 1882.

Na pomnik Mickiewicza Zebrane przez D-r Filipowicza, w Odessie, rs. 17 kop. 15. — Prof. Wł. Brodowski z Warszawy, rs. 5. — Nieprzyjęta reszta z należności za telegram posłany do Pragi, rs. 1 kop. 20. — Razem z poprzednio zebranemi. **Rs. 833 kop. 91 i 10 franków w złocie.**

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt na pismo „Kraj“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 27 Мая 1882 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska. 23.

SZCZAWNICA,

Zakład zdrojowo-kąpielowy na „Miodziusiu“
otwartym został w dniu 20 Maja.

W roku bieżącym zaprowadzono wiele ulepszeń i upiększeń w mieszkaniach, łazienkach i parku.

Zakład na Miodziusiu, w najweselszem położeniu Szczawnicy, w pobliżu wysokopiennych lasów szpilkowych, posiada bardzo piękne spacery w obszernym parku, z uroczymi widokami na Pioniny. W parku, jako też naprzeciw tegoż, znajdują się budynki mieszkalne, łazienki dla kąpeli mineralnych, źródło, restauracja. Do zabaw dla gości służą: obszerna bawialnia z fortepianem i obok urządzoną czytelnią, rondo do gier towarzyskich na wolnym powietrzu w parku ze stosownymi przyrządami;—przy tem muzyka w godzinach wieczornych.

Dla komunikacji między zakładem na „Miodziusiu“ a źródłem „Józefiny“ kursują nieustannie wózki i powozy; komunikacja dla pieszych ułatwiona nowym spacerem przez pola.

Seryja mieszkań jest od 20 Maja do 30 Czerwca, jako też od 16 Sierpnia do końca sezonu—po znacznie niżonych cenach.

Zamówienia mieszkań, wód „Szymona“ i „Wandy“ przysyłać należy pod adresami:
M. Tomanek w Szczawnicy na „Miodziusiu.“ 2—1

WODOLECZNICA

Gräfenberg.

Szlązk Austryjaki.

Lekarz kąpielowy

D-r Lauterstein

W WIEDNIU

ma honor zawiadomić panów kolegów, że jak lat zeszłych, ordynować będzie i w roku bieżącym w Kurhausie „Anenhof.“ W odpowiednich przypadkach zastosowuje również kurację dyjetetyczną, masaż i elektroterapię.

4—1

NAJPRZYJEMNIEJSZA w smaku ze **WSZYSTKICH WÓD GORZKICH**

Woda Węgierska

OFNER RAKOCZY

Zawierająca o 214 części soli działających więcej aniżeli Hunyady Janos. Uznana za skuteczną przez Akademię Medyczną Paryską i Akademię Nauk w Peszcie. Nagrodzona 8 medalami złotymi i srebrnymi na Wystawach Powszechnych.

Składy główne w Aptekach pp. D-ra T. Heinrich, Kucharzewskiego, Wendy i Wiorogórskiego, M. Sołtykiewicza i w Instytucie Wód Mineralnych D-ra Weinberga i we wszystkich Aptekach.

Bracia Loser

w Peszcie.

8—1

Dr. Med. Witold Jaroszyński

ordynuje od 1-go Maja r. b.

W KARLSBADZIE

przy ulicy Kreuzgasse w domu „V U L C A N“

8—5

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. S. Domański. Przyczynek do nauki o przymiocie mózgu. — II. A. Sokółowski. O nerwobólach klatki piersiowej, wnikających przewłokach suchoty płucnej. (Dalszy ciąg) — III. R. Jasiński. Uwagi, dotyczące higieny szkół ze stanowiska ortopedycznego, oparte na własnym doświadczeniu. — *Dział sprawozdawczy:* 31. Landau Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Na pomnik Mickiewicza. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. Przyczynek do nauki o przymiocie mózgu.

Według wykładu na 3-cim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie

Napisał

Dr Stanisław Domański.

Profesor nauki o chorobach układu nerwowego w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Nauka o chorobach układu nerwowego największej z pomiędzy wszystkich części patologii uległa zmianie w ostatnich kilkudziesięciu latach. Gdy dawniej poprzestawano przeważnie na opisanu objawów, a nazwy takie, jak porażenie połowicze, poprzeczne, ból nerwowy, anestezja, wystarczały zupełnie do oznaczenia danych przypadków chorobnych, wiemy obecnie, że w każdym razie mamy nie tylko szukać zmiany anatomicznej, ale nawet określić jej rodzaj. Tym sposobem np. proste porażenie połowicze z choroby przemieniło się w objaw krwotoku do mózgu, zatoru, nowotworu, przymiotu, histeryi i t. d., rzeczą zaś jest badania klinicznego i ścisłych z niego wniosków, oznaczyć w każdym danym przypadku siedzibę i rodzaj zmiany anatomicznej, będącej przyczyną porażenia połowicznego. W dzisiejszym kierunku medycyny nieraz i to nie wystarcza; dążymy bowiem do czegoś więcej, t. j. do etjologii, czyli do wykazania właściwej przyczyny danej choroby. Tak np. wiemy obecnie, że przyczyną krwotoku do mózgu są drobne tętniaki, zatoru — zmiany chorobne w układzie naczynnym, przymiot mózgu-ziarniniaki, stwardnienia w substancji mózgu i zmiany w naczyniach. Że dotychczas nie o wszystkich chorobach układu nerwowego mamy tak dokładne wiadomości anatomiczne i etjologiczne, rzecz powszechnie wiadoma. Do dziś dnia musimy w wielu przypadkach zadawać sobie pytanie o określeniu objawów chorobnych, nie mogąc wyszukać dla nich ani przyczyny bezpośredniej, ani zmiany anatomicznej. Spodziewać się atoli należy, iż z biegiem czasu poznamy podstawy materialne, przynajmniej największej czę-

ści chorób układu nerwowego i przeprowadzimy w nerwopatologii konsekwentnie podział anatomiczny, w innych częściach patologii mniej lub więcej ogólnie już przyjęty.

Do rzędu takich chorób, których istotę rozświetlono znacznie, liczym przymiot mózgu. Dzięki badaniom, głównie lekarzy francuskich, mamy o tej chorobie znaczny zasób wiadomości pod względem anatomicznym i klinicznym. Mimo to każdy, kto miał sposobność poznać bliżej z własnego doświadczenia to tak ważne usadowienie się przymiotu, przyzna, że w przebiegu przymiotu mózgowego, napotyka się nierzadko na objawy, z których nie można sobie dokładnie zdać sprawy, a ponieważ na tę okoliczność, mimo jej ważności, dotąd mało zwrócono uwagi, przeto pozwolę sobie zająć tym przedmiotem Czytelnika.

Jest to kardynalną zasadą obecnej patologii, jako nauki przyrodniczej, że każdy przypadek chorobny ma swą przyczynę materjalną, czyli, że każdemu przypadkowi odpowiada ostatecznie zmiana anatomiczna lub chemiczna. Gdzie więc zmiana materjalna jest ciągłą, tam ciąglem powinno być zboczenie czynnościowe. Wobec tej zasady szczególniejsze nasuwa trudności wytłomaczenie objawów chwilowych, przemijających, tam, gdzie mamy prawo do przypuszczania ciągłej zmiany materjalnej. Tak np. nie mamy dotychczas teorii, tłumaczącej nam w sposób umiejętny napady migreny, epilepsyi, bólów nerwowych, a jeżeli pod tym względem powoływano się na elektryczność, która doiero przy pewnym nateżeniu przeskakuje przez powietrze wśród objawu światła, to nie można zapominać, iż tłumaczenie takie nie jest wcale umiejętnem przypuszczeniem, lecz poprostu tylko wyszukiwaniem analogii z innym zjawiskiem w przyrodzie, w celu osłonięcia prawdziwej niewiadomości. Analogija ta zresztą dla wielu chorób nerwowych nie ma znaczenia, bo wiadomo, iż np. napady epileptyczne nietylko że występują najczęściej nieregularnie, ale nadto nieraz grupami składającemi się z osobnych napadów, rozdzielonych od siebie krótkimi przestankami. O wiele podobniejszym do prawdy wydaje się przypuszczenie na podstawie badań mikroskopowych ¹⁾ krwi w tyfusie powrotnym (*typhus recurrens*), iż napady zostają w pewnym stosunku do rozwoju pasorzytów, a może odpowiadają pewnemu okresowi ich życia. Oczywistą jest rzeczą, iż przypuszczenie to zastosowaćby można jedynie do chorób infekcyjnych, objawiających się napadami. Czy dla przymiotu mogłoby ono mieć jakie znaczenie, niepodobna teraz rozstrzygnąć; to pewna, iż przymiot układu nerwowego, osobliwie mózgu, bo o tym ostatnim mamy najwięcej wiadomości, objawia się w wielu razach przypadkami przemijającemi, mniej lub więcej powtarzającemi się, którym najzasłużeńszy na tem polu badacz, Fournier ²⁾, nadał po części miano formy nawałowej (*forme congestive*), z wyraźnem atoli oświadczeniem, iż mianem tem

¹⁾ Obermeier. Ueber Pilzparasiten im Blute bei Recurrens. Centralblatt für die med. Wissenschaften. 1873, a po nim prócz wielu innych Heydenreich. Klinische und mikroskopische Untersuchungen über den Parasiten des Rückfallstypus und die mikroskopischen Veränderungen des Blutes bei dieser Krankheit. 1877. Moczutkowski. Materiellen zur Pathologie und Therapie des Rückfallstypus. Petersburger med. Wochenschrift. 1878.

²⁾ La syphilis du cerveau. Leçons cliniques. Paris. 1879.

oznacza nie to, jakoby przypadki, o których mowa, były rzeczywiście skutkiem nawału krwi do mózgu, lecz raczej, iż one są bardzo podobne do tych zбочeń czynnościowych, które słusznie czy niesłusznie wywodzimy z nawału krwi, i iż te przypadki przymiotu mózgowego prowadzą bardzo często do następstw tychże samych, co i nawał krwi. Takimi zбочeniami przemijającymi w przebiegu przymiotu mózgu są: zawrót głowy, odurzenie, większa lub mniejsza utrata przytomności, afazyja w rozmaitej formie, napady epileptyczne i apoplektyczne. Nie kusząc się o podanie ostatecznej przyczyny, dla której w chorobie, tak wybitnie przewlekłej jak przymiot, pojawiają się przelotne zбочenia czynnościowe, wypada ze stanowiska praktycznego zastanowić się, coby mogło być najbliższym, bezpośrednim powodem tych pomijających przypadków. Że zmianę anatomiczną stałą, lub przynajmniej przez czas dłuższy trwającą, wykluczyć możemy, wątpliwości żadnej ulegać nie powinno. Trzeba więc szukać przyczyny także przemijającej. Taką przyczyną przelotną, zmienną, mogłoby być przedewszystkiem zбочenie w krążeniu krwi i to mianowicie przekrwienie albo niedokrwistość.

W piśmiennictwie zdania pod tym względem są podzielone. I tak, B r o u s s i e ¹⁾ na podstawie własnej obserwacyi sądzi wprawdzie, że intermisya napadów polega na zmianach w krążeniu krwi, lecz afazyję wywodzi z nawału krwi, towarzyszącego porażeniu połowiczemu. C h a n o e t ²⁾ uważa wpływ przymiotu na krążenie krwi w mózgu za prawdopodobny, lubo zdaniem jego żaden fakt anatomiczny nie przemawia za działaniem przymiotu na przekrwienie lub niedokrwistość. Inaczej zupełnie pod tym względem zapatrują się na przymiot mózgu w ogólności B u z z a r d ³⁾ i A l t h a u s ⁴⁾. Pierwszy ze zwiężenia naczyń w przymiocie mózgu tłumaczy upośledzenie odżywiania kory mózgowej, opóźnienie krążenia, właściwą senność i jakoby połowiczną przytomność, a A l t h a u s zwraca uwagę, że zmiana anatomiczna tętnic występuje głównie w tętnicach szyjowych, kółku Willis'a, tętnicy rowku Sylwiusza i tętnicy spoidła największego (*corpus callosum*), ztąd prócz zwolnienia obiegu krwi, zmniejszenie ilości tlenu przyjętego, utrata energii i obniżenie władz psychicznych, śpiączka.

Zanim zastanowimy się, czy przekrwieniu czy niedokrwistości mózgu przypisywać należy przerzeczzone objawy przymiotu, zatrzymać się wypada na chwilę nad fizyologicznem krążeniem krwi w mózgu. Otóż z doświadczeń tak dawniejszych, jak i najnowszych, wśród których największej są wagi doświadczenia, których dokonał M o s s o ⁵⁾ w Turynie, wypada, 1) że już bardzo małe zmniejszenie dopływu krwi tętniczej do mózgu wystarcza do utraty przytomności i 2) że wymiana materyi odbywa się w mózgu o wiele energiczniej, niż w innych organach. Z temi stosunkami fizyologicznemi zostaje w związku układ naczyń mózgowych. Lubo wszakże połączenie się tętnic w kółko Willis'a

1) Réflexions sur un cas de syphilis cérébrale. Montpellier Medical. Avril 1881.

2) Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central. Thèse. Paris. 1879.

3) Cases of prolonged somnolence in central syphilis. The Lancet. 1879. Juny 7.

4) On syphilitic affections of the nervous system. Med. times and gazette. 10 Nov. 1877.

5) Ueber den Kreislauf des Blutes im menschlichen Gehirn. Leipzig. 1881.

ma niewątpliwie na celu zapobiegać szkodliwym skutkom utrudnienia krążenia krwi przez tętnice, czy to szyjowe czy kręgowe, to uczy jednakowoż doświadczenie, iż działanie tego mechanizmu przy większych przeszkodach nie jest dostateczne. Uwzględnijmy teraz, że w przymiocie tętnice właśnie na podstawie czaszki najczęściej ulegają zmianom chorobnym, które prowadzą do ich zwężenia, że dalej, jak to wykazał M o s s o i jak to dobrze z doświadczenia lekarskiego wiadomo, przy wdychaniu amylnitrytu, nawet bardzo znaczne przekrwienie tętnicze mózgu nie sprawia ani utraty przytomności, ani żadnych innych cięższych zaburzeń w czynności tego organu — jak: zawrotu głowy, porażen, kurczów — nabędziemy niewątpliwie przekonania, że nie przekrwienie, ale właśnie niedokrwistość tętnicza jest bezpośrednim powodem tych przemijających przypadków przymiotu mózgowego, którym — nie przesądzając ich przyczyny — nadał F o u r n i e r po części miano formy nawałowej. Występowanie zbroczeń czynnościowych, o których mowa, w niektórych przypadkach połowicznie, dowodziłoby wszakże, że i niedokrwistość mózgu pojawia się w takich razach także połowicznie. Lubo nie tu jest miejsce zastanawiać się obszernie nad fizjologicznymi stosunkami krążenia krwi w mózgu, niezbadanymi dotąd jeszcze pod bardzo wieloma względami, tyle jednak wydaje się, jeżeli nie zupełnie pewnem, to przynajmniej bardzo podobnem do prawdy, że wprawdzie nie wyłącznie, to przecież przeważnie zmienia się w mózgu, a raczej wewnątrz czaszki, nie ilość krwi krążącej, lecz tylko jej rozdział na tętnice, naczynia włosowate i żyły. Jak wnosi M o s s o ze swych dokładnych doświadczeń, krew, wpływająca za skurczem serca do tętnic mózgowych, wypycha taką samą ilość krwi ze żył wśród czaszki, a tem samem, jeżeli przy zwężeniach tętnic, lub innych przeszkodach, tętnicami mniej do mózgu krwi dopływa, mniej też odpływa żyłami, czyli niedokrwistość tętnicza mózgu, ogólna lub miejscowa, pociąga za sobą stosunkowe przekrwienie żyłne, a przez to przy tejże samej ilości krwi w mózgu zmienia się tylko jej rozdział, na co mózg jest tak czułym. W ten sposób wytłomaczyć się daje umiejętnie mechanizm niedokrwistości tętnicznej w mózgu, tak ogólnej jak i miejscowej.

Że przyczyną bezpośrednią przerzeczonych objawów przemijających przymiotu mózgowego jest najpodobniej do prawdy niedokrwistość tętnicza mózgu, przemawiają za tem zmiany anatomiczne tętnic, przez H e u b n e r'a ¹⁾ dokładnie opisane, a prowadzące do utrudnienia krążenia krwi, tudzież następujące okoliczności, z doświadczenia klinicznego zaczerpnięte.

1) Wzmaganie się objawów w postawie siedzącej i stojącej, a słabnięcie ich podczas leżenia.

2) Szkodliwy wpływ czynników, czy to osłabiających ustrój w ogólności, czy w szczególności zmniejszających pośrednio przyływ materii odżywczej do mózgu. Tak np. u jednego z moich chorych, zimne okłady na głowę pogarszały stan znacznie, a drugi, któremu lekarz ordynował na mniemane przekrwienie mózgu mocne środki przeczyszczające, prawie za każdym ich użyciem doznawał wzmaganania się objawów mózgowych.

¹⁾ Die Inetische Erkrankung der Hirnarterien. Leipzig. 1874.

3) Okoliczność, że, według doświadczeń fizjologicznych i spostrzeżeń klinicznych, objawy przemijające przymiotu mózgowego jak afazyja, porażenie połowiczne, utratę przyt mności, przytępienie psychiczne, napad epileptyczny, uważać trzeba przeważnie za skutek niedostatecznego lub wstrzymanego dopływu krwi do pewnych części mózgu.

4) Przemiana objawów przemijających, nieraz tylko przelotnych, w porażenia i inne zboczenia czynnościowe stałe. Dzieje się to tak w przypadkach, pod względem terapeutycznym zaniedbanych, jako też i tych, które nawet energicznemu leczeniu właściwymi środkami opierają się stanowczo. Otóż w przypadkach takich można bardzo spostrzegać jak np. ataki apoplektyczne z przemijającymi porażeniami połowicznymi powtarzają się, ale porażenia trwają coraz dłużej, aż wreszcie albo zostają nazawsze, albo w pomysłnym razie ustępują bardzo powoli.

5) Łączenie się przemijającego porażenia połowicznego i takiejże utraty czucia z afazyją w różnych formach i stopniach, co odpowiada stosunkom anatomicznym, a mianowicie tej okoliczności, iż tętnica rowku Sylwiusza zaopatruje między innymi ciało prążkowane, tudzież drugi i trzeci zwój czołowy, według Duret'a ruchowe części kory mózgowej, a prawdopodobnie także i części zostające w nader bliskim stosunku do czucia.

6) Do pewnego stopnia korzystne działanie środków podniecających czynność serca, jak alkoholu i eteru, które przynajmniej według mego doświadczenia nietylko nie szkodzą w takich przelotnych objawach przymiotu mózgowego, ale nawet zawczasu podane skracają je wyraźnie.

7) Niekorzystny wpływ pracy umysłowej, wzruszeń moralnych i fizycznych, na przypadki, o których mowa. Wiadomo, iż do mózgu w czasie jego spokoju, np. snu, mniej dopływa krwi tętniczej, niż podczas czynności, dalej, że podczas czynności wymiana materii w tym organie jest większa, niż w spoczynku. Otóż według tego, łatwoby można pojąć, iż przy zmianie anatomicznej tętnic, która prowadzi do zwężenia koryta krwi, ilość krwi dopływającej podczas spokoju wystarcza do odżywiania choćby niezupełnie dokładnego mózgu, nie jest atoli dostateczną do koniecznego przekrwienia czynnościowego i wyrównania zwiększonej wymiany materii. Ztąd i niezdolność do większej pracy, mianowicie umysłowej, jako odbywającej się w korze mózgowej i zaburzenia w czynnościach mózgu w ogólności.

Temi okolicznościami sędzę, że poparłem dostatecznie zdanie, że przemijające objawy tak zwanej przez Fournier'a formy nawałowej przymiotu mózgu polegają najpodobniej do prawdy na niedokrwistości tętniczej tego organu. Takie atoli pojęcie bezpośredniej przyczyny nie tłumaczy nam bynajmniej, dlaczego objawy, o których mowa, występują w napadach, powtarzających się po kilka, kilkanaście, czasem nawet kilkadziesiąt razy, nieraz w regularnych nawet mniej więcej odstępach czasu, zanim przyjdzie do trwałych zboczeń czynnościowych. Tę okoliczność musimy zostawić przyszłym badaniom.

Kwestyja bezpośredniej przyczyny napadów przemijających w przymiocie mózgu, tu poruszona, ma znaczenie nietylko teoretyczne ale i praktyczne. Wiadomo bowiem, iż właściwe leczenie jodem i rtęcią, nawet i najenergiczniejsze

potrzebuje do rozwinięcia swej skuteczności pewnego czasu, że zboczenia w krążeniu krwi w mózgu grożą ciężkimi zmianami następczemi w odżywianiu tego organu, i że właśnie skutkiem tego objawy z początku przemijające mają skłonność do coraz większego utrwalenia się. Łatwo przeto pojąć, iż zanim środki swoiste zaczną działać pomyślnie, trzeba koniecznie zmniejszać bezpośrednie niebezpieczeństwo dla substancji mózgowej.

Jeżeli zapatrywanie się nasze, że zboczenie w krążeniu krwi, a mianowicie niedokrwistość tętnicza, może przeważnie miejscowa, jest bezpośrednią przyczyną napadów, o których mówimy, to terapia symptomatyczna, zanim właściwa działać pocznie, wymaga przedewszystkiem takich środków, któreby ile możności podwyższyły jak najprędzej obieg krwi w mózgu. Do takich środków liczę mocne napoje wyskokowe: koniak, stare wino, mocną wódkę, dalej eter, których w wielu razach używałem, o ile sądzić można, w napadach z natury swej przemijających z pomyślnym skutkiem skracając napady. Na podstawie wreszcie nowszych, osobliwie najnowszych doświadczeń fizjologicznych Mossy i cennej pracy klinicznej K o r c z y ũ s k i e g o ¹⁾, niedawno ogłoszonej, należałoby spróbować w przypadkach, o których mowa, amylitrytu i nitrogliceryny. Czy i w jakich warunkach, mimo zmian anatomicznych w tętnicach mózgu, przez przymiot wywołanych, środki te będą działać pomyślnie, rozstrzygnąć może tylko doświadczenie. Inne środki i sposoby dyjetetyczne, winny odpowiadać pojęciu niedokrwistości mózgu, jako przyczyny napadów bezpośredniej.

Nakoniec, trzymając się zasady *melius sero quam nunquam*, małe uzupełnienie należne pamięci wielkiego naszego uczonego. Pisząc artykuł mój ²⁾ o przymiocie układu nerwowego, wyliczyłem kilku autorów, którzy już w wieku XVI-tym domyślali się wpływu przymiotu na układ nerwowy. Nie podałem tam O c z k i, którego dzieło *Przymiot* dopiero przez wydanie przedruku w roku zeszłym stało mi się dostępnem. Otóż na stronnicy 230 wydania warszawskiego, czytamy w rozdziale: Głowy bolenie: „Wczym nasz Jegomość nam pracy niemało zada, który przymiotem strapiony ból ten cierpiwa: a ani krwią, ani bańkami, ani purgacyjami go wypędzić może: iż przyczynę ma wewnętrzną, jadowitą, skrytą, a nie tylko głowę, ale i insze części, od wątroby począwszy, trapiącą. I jakież, mu prognosticon damy, które, aby nań nieprzyszło, obmyśliwaćby miał? nie trzeba więcej, jedno to, co czuje, iż każdy ból łatwiej uskromić, niżli ten gdyż *causa latens* tego mało nie szkodliwsza niż insze: i toż może przynieść, co każda z owych wyżej mianowanych: i dosyć to teraz, że nie śpi, że jeśli zaśnie, sen miewa przerwany, melankoliczny, wizyj raczej niżli snów straszliwych pełny: iż myśli dobrej ani statecznej przed się nie bierze“. Pokazuje się z tego, iż

¹⁾ Kilka słów o działaniu fizjologicznem i o zastosowaniu leczniczem nitrogliceryny. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. IV. 1881.

²⁾ Wykład o chorobach układu nerwowego. Zeszyt pierwszy. O przymiocie układu nerwowego. Kraków. 1881. (Osobna odbitka z Przeglądu Lekarskiego).

Oczko już znał wpływ przymiotu na układ nerwowy wtedy, kiedy inni dopiero się go domyślali i że wiedział również tak o uporczywości przymiotowego bólu głowy, jak i o tem, że przymiot może być powodem zbroczeń psychicznych.

II. O NERWOBÓLACH KLATKI PIERSIOWEJ, WIKŁAJĄCYCH PRZEWLEKŁE SUCHOTY PŁUCNE.

Podał

D-r. med. **Alfred Sokolowski.**

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 22).

Drugi rodzaj i to najważniejszy owych nerwobólów międzyżebrowych jest następujący: u suchotnika zazwyczaj przedstawiającego już dosyć daleko posunięte zmiany miejscowe (zgęszczenia lub nawet zniszczenie tkanki płucnej) występuje raptownie bez żadnej widocznej przyczyny silny ból w przedniej, lub też, co bywa rzadziej, w tylnej części klatki piersiowej, najczęściej poniżej kąta łopatki, lub też w okolicy jednej z sutek z przodu. Dopytując chorego o ów ból, dowiemy się, że chory jest w stanie zupełnie ściśle określić jego miejsce, a wówczas badając bliżej owe miejsce znajdziemy, że ból ściśle się umiejscawia w jednym z międzyżebrzy, najczęściej między 5 a 8; przy dotykaniu owego punktu bolesnego ból wzmagą się niesłychanie, a chory jednocześnie określa doskonale kierunek bólu, który rozprzestrzenia się na przebiegu całego nerwu międzyżebrowego. Dotykane samego sąsiedniego żebra i innych blizkich punktów klatki piersiowej bynajmniej nie wywołuje najmniejszego bólu, ani też nie powiększa bólu, stale w międzyżebriu istniejącego. Ból ten posiada charakter gwałtowny; chorzy skarżą się na silne klucie, boją się nawet odetchnąć głęboko, gdyż przy takowym akcie ból zazwyczaj, chociaż nieznacznie, wzmagą się. Badanie fizykalne klatki piersiowej w tem miejscu nie wykazuje żadnych zbroczeń: nie mamy ani stępienia, ani szmeru, tarcia i t. p. objawów, któreby przemawiały za zajęciem sąsiedniej oplucnej, przytem stan pozostaje bezgorączkowym. tętno nie jest przyspieszone. Ból taki gwałtowny trwa zwykle całe godziny, poczem zmniejsza się w nateżeniu, aby znowu w kilka godzin lub nazajutrz wystąpić z nową gwałtownością; jednym słowem ból ów przedstawia wszystkie cechy silnego nerwobólu. Zazwyczaj w ciągu dni kilku, najczęściej w ciągu tygodnia, ból zmniejsza się w nateżeniu, ustępując wreszcie zupełnie; często jednakże ból po jakimś czasie znowu w tem samym międzyżebriu występuje, znowu trwając dni kilka. Zdarzało mi się widzieć przypadki, gdzie tego rodzaju napady występowały 5 do 6 razy, za każdym razem trwając od 24 godzin do dni kilku. Jak to już wyżej wzmiankowałem, ból ogranicza się zazwyczaj do jednego międzyżebria, widziałem jednak i takie przypadki, gdzie ból zajmował dwa, a nawet trzy sąsiednie międzyżebria rozprzestrzeniając się przy ucisku każdego międzyżebria na całą przestrzeń odpowiedniego nerwu międzyżebrowego. Są to jednakże przypadki rzadkie, a zazwyczaj ból występuje w jednym lub dwóch międzyżebriach. W wyjątkowych przypadkach

ból ten międzyżebrowy bywa niesłychanie upartym, trwa bez przerwy całe tygodnie, a chociaż zmniejsza się w nateżeniu, jednakże trwa stale i stanowi jedyny i ustawiczny przedmiot skargi chorego. Co do znaczenia istotnego takowych bólów, to z licznych moich spostrzeżeń przyszedłem do stanowczego wniosku, że bóle owe są zwiastunami niejako bardzo bliską zapowiedzią, zmian głębszych tkanki płucnej, odbywających się centralnie, a powoli dążących ku obwodowi. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa tworzące się centralnie ognisko bronchopneumoniczne rozszerza się i dąży do powierzchni płuca, wywołuje powolne chroniczne zapalenie opłucnej i nerwu międzyżebrowego (*neuritis*), a ten ostatni proces jest przyczyną owego upartego i tak dotkliwego bólu. Z chwilą gdy ognisko zbliży się ku powierzchni płuca, gdy objawy auskultacyjne wykażą nam już jawnie jego obecność, zazwyczaj bóle ustępują, a w odpowiednim miejscu płuca wynajdujemy coraz wyraźniejsze oznaki głębokich zmian mięszowych. O takowym znaczeniu klinicznym i prognostycznym takowych bólów przekonałem się stanowczo; jest dla mnie tylko niezupełnie stwierdzoną rzeczą, czy ból taki polega na zapaleniu nerwu, czy też jest nerwobólem odruchowym w ścisłym znaczeniu tego wyrazu. Dotychczas bowiem nie miałem sposobności badania pośmiertnego odpowiedniego przypadku. Jeżeli jednakże wolno wnioskować przez zestawienie faktów analogicznych, to na poparcie przypuszczenia o zmianie zapalnej (*neuritis*) w nerwie odpowiednim mogą służyć spostrzeżenia *Peter'a*, który u indywiduów dotkniętych suchymi bólami neuralgicznymi, istniejącymi na przebiegu nerwu przeponowego (*n. phrenicus*) i mostka, znajdował przy badaniu pośmiertnym (chory dotknięty był zwyrodnieniem i rozszerzeniem aorty) zwyrodnienie łączno-tkanekowe odpowiednich nerwów, t. j. przeponowego i splotu sercowego (*Peter l. c. str. 450*).

Jak to już wyżej wzmiankowałem, owe bóle międzyżebrowe posiadają wysoką doniosłość, zdaniem mojem, pod względem prognostycznym, znając bowiem dokładnie ich charakter i umiejscowienie, musimy niemal być pewni, że u danego suchotnika, u którego często sprawa płucna pozostaje w okresie spoczynku, mamy do czynienia z powolnym rozszerzaniem się sprawy suchotniczej, tworzeniem się nowych ognisk serowatych, a tem samem posuwaniem się szybkim danego osobnika ku zejściu fatalnemu, pomimo że inne objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej wcale tego zapowiadać się nie zdają.

Sądzę, że wyżej opisaną kategorię nerwobólów najlepiej scharakteryzuję, opisawszy pokrótce dwa typowe tego rodzaju przypadki, przemennie spostrzegane.

Spostrzeżenie I dotyczy chorego z praktyki mojej prywatnej, którego spostrzegałem wspólnie z kolegą *Frankensteinem*. P. N., 42 lat liczący, urzędnik, dotknięty jest od lat pięciu trwającym, przewlekłym zapaleniem obu szczytów płucnych. Sprawa przebiegała w wielce przewlekły sposób; stan chorego to pogorszał się to poprawiał, od czasu do czasu chory doznawał krwioplucia, świeżych katarów i t. p., w każdym jednak razie stan był o tyle znośnym, że do ostatnich czasów chory mógł się zajmować swą zwykłą biurową pracą.

Chorego widziałem pierwszą razą w Październiku r. 1880; znalazłem wówczas dosyć rozległe zgęszczenia w obu szczytach płuc, szczególnie prawego, bez widocznych objawów zniszczenia tkanki płucnej; stan był bezgorączkowy. Ogólny stan przedstawiał się nader lichy. W końcu Listopada tegoż roku wystąpiły raptownie gwałtowne bóle w prawej połowie klatki piersiowej poniżej łopatki. Przy bliższym zbadaniu znaleziono, że ból był ściśle ograniczonym do 5-go międzyżebra; przy nacisku ból rozchodził się w kierunku przebiegu nerwu międzyżebrowego. Sąsiednie miejsca były niebolesne. Badanie fizykalne w okolicy rozprzestrzeniania się bólu nie wykazało przy opukiwaniu i osłuchiwaniu żadnych zjawisk anormalnych. Brano więc ból ów początkowo za czystą neuralgię i stosowano odpowiednie środki jako to narkotyki podskórnie, lub pod postacią maści, wcierań i t. d. Ulga była jednakże tylko chwilową, a ból występował po jakimś czasie z nową gwałtownością, stając się powodem bezsennych nocy. Stan taki niezwykle wyniszczył chorego. Chcąc ból złagodzić, stosowano następnie miejscową antyflogozę, banki cięte i suche, ciepłe okłady i t. p. środki, ale bezskutecznie; ból trwał dalej. Chorego widziałem znowu w początkach Grudnia, t. j. coś we dwa tygodnie po zjawieniu się owego bólu, ból miał być podług opowiadania chorego nieco mniejszym aniżeli w początku; znalazłem jednakże wyraźny punkt bolesny w 5 międzyżebżu, a przy nacisku występował niezwykle silny ból, rozprzestrzeniający się w kierunku przebiegu całego nerwu. Przy wysłuchiowaniu w tem miejscu znalazłem poniżej kąta łopatki oddech nieco zaostrzony; opukiwanie nie przedstawiało żadnych zmian, jednakże podczas kaszlu udawało mi się słyszeć w głębi rżenia suche z charakterem dźwięcznym. To zjawisko wysłuchowe dało mi podstawę do wypowiedzenia kolegom, będącym jednocześnie ze mną na naradzie, przypuszczenia, że w danym przypadku ból może być zależnym od tworzenia się w głębi nowego ogniska bronchopneumonического, dążącego ku obwodowi; jednym słowem, że sprawa stara, znajdująca się w obu szczytach, zaczyna się rozszerzać i zajmować dolne części płuca.

Ból ten powoli zaczął się zmniejszać, trwał jeszcze ze dwa tygodnie (razem pięć), wreszcie ustąpił zupełnie, ale za to zjawiska wysłuchowe w tem miejscu wskazywały na coraz bardziej występujące zmiany destrukcyjne płuca; rżenia dźwięczne stawały się coraz wyraźniejszymi, wystąpił oddech oskrzelowy i t. p. objawy, znamionujące szybki postęp sprawy niszczącej. Chory w moim łóżku zmarł w Marcu 1881 przy zwykłych objawach daleko posuniętych suchot płucnych; bóle wyżej opisane nie wystąpiły więcej.

Spostrzeżenie II. Chora N., lat 64 mająca, przyjęta została w dniu 22 Grudnia 1881, na oddział chorób piersiowych i krtaniowych w szpitalu Ś-go Ducha. Chora dotknięta jest przewlekłą sprawą w płucach od kilku lat trwającą. Przy przyjęciu znalazłem stan bezgorączkowy, odżywianie ogólne liche, kaszel dosyć silny z obfitą ropiastą plwociną. Przy badaniu w szczycie prawego płuca bardziej od przodu aż do 3-go żebra znaleziono obszerną jamę suchotniczą (*caverna*) z licznymi rżeniami dźwięcznymi grubopęcherzykowymi (*gargouillement*). Nieznaczne zajęcie szczytu płuca lewego; brak objawów hektycznych. Chorej zalecono wewnątrz tran i krezot obok diety mlecznej. W ciągu trzechmiesięcznego pobytu w szpitalu chora poprawiła się nieco,

stan ogólny i siły się wzmogły. Chora zupełnie nie gorączkowała. Dnia 28 Lutego 1882 r. chora uskarża się na silny ból w lewym boku; przy bliższem badaniu w okolicy pachowej lewej nie znaleziono żadnych zmian opukowych ani wysłuchowych. Oddech przedstawiał się podobnie jak i w pozostałej części lewego płuca pęcherzykowym, nieco zaostrozonym. Przy bliższem zbadaniu okolicy bólu znaleziono, że takowy jest ściśle umiejscowiony do 7 międzyżebrza; przy nacisku ból silnie się wzmaga, rozchodząc się w kierunku przebiegu nerwu głównie ku przodowi; stan bezgorączkowy. Zalecono wyjodynować okolicę bólu.

1. III. Ból trwa dalej z tym samym charakterem. Wysłuchiwanie nie wykrywa zmian chorobowych. Zalecono wezykatoryję. 2. III. Ból trwa lecz nieco mniej silny. 3. III. Ból ustąpił zupełnie, przy nacisku występuje lekka bolesność w kierunku nerwu. 4. III. Bólu nie ma zupełnie, przy nacisku również wcale się nie zjawia. 5 i 6. III. Stan ten sam. 7. III znowu wystąpił silny ból w tem samem miejscu co poprzednio ból rozprzestrzenia się głównie ku przodowi. Przy wysłuchiowaniu słyhać obok oddechu zaostrozonego nieco słabych rżeń trzeszczących (*subcrepitationes*), wieczorem ciepłota 37,9°C., tętno 80. Zalecono 2 cięte bańki, oraz ciepły okład. 8. III ból trwa dalej, a nadto wystąpił również i w międzyżebżu 8-mem, w linii pachowej. Przy naciskaniu na międzyżebże 7 i 8 ból wzmaga się znacznie, rozchodząc się aż do dołka podsercowego. Rżenia trzeszczące trwają dalej. Ból wzmaga się przy kaszlu; stan bezgorączkowy. Zastrzyknięto podskórnie morfinę, oraz zalecono dalej ciepły okład. 9. III. Ból trwa dalej w obu międzyżebżach, morfina łagodzi ból tylko przemijająco kaszel silny trwa dalej. Stan bezgorączkowy. Zalecono dużą wezykatoryję. 10. III. Wezykatoryja mocno naciągnęła; nad ranem bóle ustąpiły zupełnie; rżenia trwają dalej.

W ciągu pięciu następujących tygodni, t. j. do chwili wypisania się chorej (15. IV.) ból w lewym boku nie pojawił się wcale, zato rżenia w tejże okolicy (6—8 międzyżebże na linii pachowej) stawały się coraz liczniejszymi, a wreszcie przeszły w rżenia dźwięczne; oddech był nieokreślonym. Po dwóch tygodniach, t. j. w końcu Kwietnia, chora znowu wstąpiła na mój oddział głównie z powodu silnego bólu w prawym boku, od kilku dni trwającego. Badając, znaleźliśmy silny ból w międzyżebżu 6 i 7 w linii pachowej prawej; ból wzmagał się przy nacisku rozchodząc się w kierunku obu nerwów międzyżebrowych, idąc głównie ku przodowi. Przy wysłuchiowaniu tam że słyhać było oddech silnie zaostrozony. Sprawa niszcząca w prawym wierzchołku rozszerzyła się znacznie. W lewym boku w okolicy owego upartego bólu znalazłem między 6-em a 8-mem żebrem liczne rżenia dźwięczne przy oddechu nieokreślonym. W lewym szczycie również sprawa posunęła się dalej. Stan ogólny pogorszył się znacznie. Kaszel silny i uparty ze znaczną ilością płwociny ropiastej. *Status subfebrilis*; 38,5. Chorej zalecono *vesicans* na prawy bok, ciepły okład. W dni kilka ból ustąpił zupełnie. W chwili, gdy to piszę (5 Maja) ból u chorej pozostał nieznaczny; przy nacisku w międzyżebżu 6 ból nieco się odzywa. Stan chorej bezgorączkowy. Silny kaszel trwa dalej. (D. n.)

III. Uwagi, dotyczące higieny szkół ze stanowiska ortopedycznego, oparte na własnym doświadczeniu.

Przez **Dr. Jasińskiego**

(Rzecz czytana na posiedzeniu biologicznem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Kolega **Markiewicz** na przeszłym posiedzeniu biologicznem zwrócił uwagę Szanownych Panów na ogólną higieniczną stronę kwestyi ławek szkolnych, oraz przypomniał teoretyczne dane, na zasadzie których oceniamy wartość takich ławek. Powtarzać sześciu punktów, tak stosownie przez mego poprzednika zebranych, nie myślę, ani też mogę cokolwiek wywodom **Markiewicza** zarzucić, gdyż wnioski jego zupełnie są zgodne z postulatami, przez wszystkich higienistów dziś już prawie jednobrzmiąco sformułowanymi. Zwrócę tylko uwagę na tę część mowy jego, w której powiada, co większość inteligencji a nawet pedagogów widzi w naszych usiłowaniach higienicznej poprawy szkół, a zatrzymam się na tym punkcie dlatego, że 1) nie można za grzech poczytać publiczności i pedagogom tej ostrożności, z jaką przyjmują cudze zdania, ani się dziwić nie należy, że to, o czem najmniejszego nie mają pojęcia, uważają za prostą zabawkę panów **Markiewiczów**. Nie dziwię im się tembardziej, że wiem aż nadto dobrze, jak mało w ogóle u nas znaną jest patologija kręgosłupa, nie tylko wśród laików. Gdyby się nam udało, *ab oro* zacząwszy, wyjaśnić zasadnicze punkty naszych poglądów, oraz dowieść, że istotnie wierzymy sami w ich ważność, wówczas przekonalibyśmy z pewnością ową większość inteligencji i pedagogów, gdyż sami przecież tę część ludności mianujemy inteligencyją. 2) Zatrzymuję się na tym punkcie mowy **Markiewicza**, aby spróbować, o ile siły pozwolą, wytłómaczyć podstawowo naszą śmieszoną napozór walkę z wiatrakami w nadziei, że słowa moje dojdą do uszu inteligencji i pedagogów i nakłonią ich do cofnięcia zarzutu donkiszoteryi, wymierzonego przeciw wależącym higienistom.

Ponieważ mnie, jako chirurga, najbliżej obchodzi higiena rosnącego szkieletu, przede wszystkim więc postaram się wyjaśnić, dlaczego szkoły dostarczają mi bez przerwy taką znaczną ilość chorych ze zgięciem bocznem (*scoliosis*) kręgosłupa. Że fakt sam nie jest pojedynczem, endemicznem u nas tylko zjawiskiem, o tem przekonać się można, wzięwszy do ręki pierwszą lepszą chirurgiję, lub ortopedyję. Ale jakież są przyczyny tego faktu? Wszak tylko na drodze dociekania tych przyczyn możemy mieć prawo wynajdywania środków zapobiegawczych. Otóż badania naukowe, ale ściśle naukowe, wykazały, że owe skoliozy polegają na nieprawidłowem rozwijaniu się pierścieni, w skład kolumny kręgowej wchodzących, wyrazem którego jest zmiana ich prawidłowego kształtu, będąca pierwszym i fundamentalnem zjawiskiem w tej sprawie. Kręgosłup jest prętem elastycznym, dźwigającym ciężar tułowia głowy i kończyn górnych. Każdy z kręgów jest wystawiony na działanie ciężaru tych części, a ustawienie jednego na drugim, *respective* postawa całej kolumny, zależy bezpośrednio od warunków równowagi owego ciśnienia. Jeżeli kolumna, o której mówię,

wskutek wad rozwojowych zbudowaną jest nienormalnie, jeżeli w skład kręgosłupa wchodzi np. częściowo rozwinięte półkręgi czyli tak zwane „*schaltwirbel*“ (L a m b l), wówczas normalne obciążenie kręgosłupa zmusza go do przyjęcia nienormalnej postawy, powoduje rozmaite jego skrzywienia. To jest jedna możliwość. W drugich przypadkach normalne obciążenie działa na normalnie ustawiony słup kręgowy, jednakże pojedyncze ogniwa tego słupa w skutek wadliwego stanu odżywiania całego ustroju kostnego w danym organizmie (krzywica, *rachitis*) są zbyt miękkie i pod wpływem zbytnej stosunkowo pracy ustępują, kręgosłup się wygina. To jest druga możliwość. W niektórych razach ogólna wadliwość organizmu, nie zasługująca wszakże na klasyczną, kliniczną nazwę krzywicy, usposabia normalnie ustawiony kręgosłup do tego, że pod wpływem nieprawidłowego obciążenia nie jest w stanie w czasie spoczynku powrócić na zasadzie swej sprężystości do normalnego ustawienia. Często powtarzające się i długo trwające, nieprawidłowe obciążanie takowego wadłego kręgosłupa, wpływa nań w ten sposób, że najruchliwsza jego część rośnie czyli kształtuje się ostatecznie nieprawidłowo. Strona bardziej obciążona rośnie wolniej, strona mniej obciążona prędzej, powstaje nierówność w wysokości prawej i lewej części pojedynczych kręgów, a więc pochylenie całego, nad ową najruchliwszą okolicą leżącego, oddziału w ten sposób, że górna część tułowia wychodzi z równowagi i upadłaby na tę stronę, po której ciężar jest większy. Jestto pierwszy okres nawykowej skoliozy, stale w części lędźwiowej się pojawiający, wypukłością zwróconej w stronę mniej obciążoną. Dla utrzymania równowagi następuje szereg zmian wtórnych, mechanicznie koniecznych. Tu należy kompensacyjne skrzywienie części grzbietowej, lub grzbietowo-szyjowej w stronę przeciwną i t. d. W szczególności wdawać się nie będę gdyż byłyby tu one zbyt cenne. W innych znowu razach wadły kręgosłup rośnie wadliwie dlatego, że jest narażony na ciągle i często powtarzające się fałszywe ustawienie, które odnieść należy koniec końcem do nieprawidłowych obciążeń, a których wpływ w skrzywieniach bocznych się objawia. Tak jak rozmaite ludy, o których tak pięknie opowiada D u d r e w i e z, dzieciom swoim głowy formują zapomocą mniej lub więcej rozkosznych przyrządów uciskających i gniotących, tak samo Europejczycy zniepodabniają kręgosłupy wadliwszych swych dzieci zapomocą także niezbyt rozkosznych przyrządów, zwanych powszechnie ławkami szkolnymi. Nie trzeba jednak zbyt jednostronnie traktować tej sprawy, żebyśmy nie opuścili tych warunków, które krzywią kręgosłup niezależnie od ławek. Dziecko, które jeszcze nawet nazwy ławki szkolnej nie rozumie, ma wadły kręgosłup; niania, nosząca je, oprócz tego obowiązku ma jeszcze inne codzienne potrzeby, do zaspokojenia których, jeśli nie jest mańkutom, używa ręki prawej. Żeby ją więc mieć wolną, nosi swój ciężar na lewym przedramieniu, nie wiedząc o tem, że dziecko, przechyla się ciągle w stronę prawą, szukając wygodnej podpory dla tułowia i główki. To stałe wadliwe ustawianie rachitycznego lub bardzo wadłego kręgosłupa staje się przyczyną przeszkód w rozwoju kręgów, a więc kończy się skoliozą o krzywiznie wręcz przeciwnej skoliozie szkolnej. Jeżeli ową nianką jest dziewczyna rosnąca, wadła czy to z urodzenia, czy

z choroby, czy z wczesnego rozwoju płciowego, lub wzrostu szybkiego, to dziecko skrzywi się w jedną stronę, a niania w przeciwną. Takich i tym podobnych kombinacji przytoczyłbym mógł z własnej praktyki znacznie więcej, gdybym się zdecydował na zbyt dalekie wycieczki poza granicę kwestyi ławek szkolnych.

Pojęcia niektórych badaczy o pierwotnym wpływie zmian w układzie mięśniowym, zwałające na ten czynnik całą winę największej liczby skrzywień bocznych, są dziś obalone na tej zasadzie, że się nie zgadzają z kodeksem fizjologii, ani potwierdzają przez poszukiwania anatomopatologiczne. Skolioza miogeniczna, czyli skrzywienie pochodzenia mięśniowego jest zjawiskiem rzadszem i od cierpienia układu nerwowego zależnem, a więc właściwie mówiąc, neurogenicznem. Nawet najgorętsi pionierzy owej dawnej teorii (Delpach, Eulenburg i t. d.) zgadzają się na to, że podstawą skoliozy jest zmiana kształtu trzonów i łuków kręgowych. A tacy badacze, jak Busch i Dornbluth, zupełnie przekonywająco, bo preparatami dowiedli, że teoria powstawania skrzywień kości przez niewłaściwe ich obciążenie albo ustawienie, jest jedyną i racjonalną dla przeważnej większości przypadków. Wniosek tedy jasny, że w szkole wątłe oddawna, lub w danej dopiero chwili wątłe dziecko, rośnie dlatego krzywo, że zajęcia zbyt długo trwające przy nieodpowiednich stołach narażają je na ciągłe wadliwe ustawienie kręgosłupa, a więc na chorobową zmianę wzrostu pojedynczych kręgów; że tak jest w istocie, postaram się dowieść.

Przy staniu tułów waha się na poprzecznej osi obu stawów biodrowych: żeby go utrzymać w równowadze, w ustawieniu pionowym, potrzeba 2 rzeczy: normalnych przedniotylnych wygięć kolumny i powtórne działania odpowiednich mięśni, przy jednoczesnej normalnej budowie więzadeł. Na trupie każdy przekonać się może, iż tułów ustawiony pionowo waha się i przegina w tył i naprzód, bo mięśnie, które go w wojskowem; (*aufrechte*) lub zaniedbanem (*nachlässige*) ustawieniu trzymać mają, straciły swe fizjologiczne własności. Tak samo człowiek śpiący naprzykład na ławce bez oparcia, kiwa się to w tył to naprzód, a głowa opada mu na piersi. Najodpowiedniejszym fizjologicznie ustawieniem kręgosłupa jest postawa wojskowa czyli wyprostowana, długo jednak trwać nie może, gdyż mięśnie grzbietu męczą się i przestają należycie utrzymywać ciężar głowy, klatki piersiowej i zawartości jamy brzusznej. Występuje wówczas postawa zaniedbana, to jest pochylenie kręgosłupa ku przodowi (*kyphosis arcuata totalis*), przy którym trzewia brzuszne i przednia ściana brzuszna grają rolę przedniego kręgosłupa, przedniej podstawy, pomagającej kręgosłupowi. Tam gdzie ta podstawa nie jest w stanie utrzymać ciężaru wającego się ku przodowi kręgosłupa, tam albo dziecko, opierając się rękami o uda, samo instynktownie dźwiga swój tułów (wszystkie spostrzegane przezemnie przypadki próchnienia kręgów, z wyjątkiem szyjowych), albo mięśnie grzbietu, kurcząc się nad miarę, powodują z czasem nadmierną lordozę (przypadki porażenia mięśni ściany brzusznej, np. przypadek spostrzegany przezemnie wspólnie z Franciszkiem Neugebauerem, a w jego rozprawie doktoryzacyjnej opisany). Przy postawie poprawnej, wojskowej, nachylenie miednicy jest większe, niż przy postawie zaniedbanej, przy której nachylenie to, jeszcze by więcej

znikało, gdyby nie więzy biodrowe, naprężające się jako hamulec. Do znacniejszego odciążenia kręgosłupa i zwolnienia mięśni przyczynia się zgięcie jednej z kończyn dolnych, więc krzywe ustawienie miednicy i odpowiednia, zaraz powstająca skolioza równowagowa, czyli statyczna.

Takie same zmiany w ustawieniu miednicy powstają przy siedzeniu, które bywa dwojakie. Po 1-e s i e d z e n i e p r z e d n i e. Tu podstawę dla tułowia stanowią dwa guzy siedzeniowe i te części obu ud, które leżą na siedzeniu. Miednica pochyla się ku przodowi, kręgosłup ustawia się w postawie wojskowej, do czego p o t r z e b a c i ą g ł ę j p r a c y m i ę s n i o w e j, jeżeli grzbiet lub ramiona sztucznej nie otrzymają podpory. Ciągłe natężenie tej pracy mięśniowej musi za sobą pociągnąć osłabienie mięśni, a ztąd większą wrażliwość kręgosłupa na wadliwe ustawienia i powstawanie skrzywień. Dlatego to wołamy, że potrzeba w ławkach oparć odpowiednich. Jak oparć nie będzie, tak jak w większych audytoryjach naszego uniwersytetu (fizyczne, anatomiczne i inne), to słuchacz musi się zgiąć w pałąk (*kyphosis arcuata totalis*), nogę na nogę założyć, a więc ustawić miednicę krzywo, a kręgosłup w postawie skoliotycznej (*scoliosis statica*), tak jak u człowieka mającego jedną nogę krótszą, tembardziej że na kolanie się tam pisze, bo nie ma stolów. Jeżeli jest stół, lecz oparcia tylnego nie ma, to uczeń może ulżyć sobie, jedynie opierając się o ów stół piersiami, tamuje oddech i wzrost normalny klatki piersiowej. Po 2-e s i e d z e n i e t y l n e. Tu ciało spoczywa na siedzeniu trzema punktami: dwoma guzami siedzeniowymi i końcem kości ogonowej. Siedzenie to odpowiada postawie zaniedbanej; miednica i część lędźwiowa nachylają się ku tyłowi, a górna część kolumny ku przodowi, robi się *kyphosis arcuata generalis*. Siedzenie jednego typu, to jest przednie lub tylne, długo trwać nie może, bo się od ciężaru ugniatają pewne stałe punkty podpory i boją. Zmienia się więc jeden typ na drugi. Do siedzenia przedniego wystarczyłoby oparcie krzyżowe, gdyż kręgosłup znajdzie w warunkach normalnej fizjologicznej postawy ulgę dla mięśni lędźwiowych. Do siedzenia tylnego konieczne jest oparcie grzbietowe, bo znika wklęsłość (*lordosis*) lędźwiowa normalna, która jest koniecznym warunkiem statycznym do łatwego dźwigania głowy i kończyn górnych, jak tego wybornie dowiódł M a y e r. Przy siedzeniu tylnem, a jego *à la longue* uniknąć nie można bez zmęczenia, kręgosłup musi prawie leżeć na oparciu zlekka w tył przechylonem. (D. n.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

31. Landau Leopold. Nerka wędrująca u kobiet. (*Die Wanderniere der Frauen. Berlin. 1881. str. 104*).

(Dokończenie — Patrz Nr. 22).

Mimo to że wszyscy prawie autorowie odrzucają wpływ nerki wędrującej na wytwarzanie i wydzielanie moczu, L a n d a u przyjmuje go w bardzo wysokim stopniu. Mocz może być albo bardzo skąpy, ciemny, o dużym ciężarze właściwym, lub przeciwnie, obfity, bledy i posiadający mały ciężar właściwy; często znajdujemy w moczu ciała czerwone krwi i złuszczone nabłonki; czasami przychodzi do zupełnej anuryi. Główną przyczynę tych zjawisk L a n d a u upa-

truje także w zakłóceniu krążenia w żyłę nerkowej. Zboczenia w wydzielaniu moczu mogą zależeć już to od samego jego składu, już też niezależnie od takowego są w związku z nieprawidłowym kształtem moczowodów, *respective* ich skręceniem i zgięciem pod kątem ostrym. Gdy nerka opuszczając się ku dołowi wykonywa zarazem obrót około swej osi poprzecznej, to początek moczowodów, zajmujący pierwotnie najniższe miejsce miedniczki nerkowej, podnosi się stopniowo ku górze i musi zająć miejsce najwyższe, wskutek czego mocz może odpływać do pęcherza tylko od czasu do czasu, gdy wypełni całkowicie miedniczkę. Zazwyczaj objawy te przechodzą zupełnie w ciągu kilku dni, skoro chory położy się i zachowa zupełny spokój; jeśli zaś powtarza się to często i zachodzi niemożność przyjęcia poziomego położenia ciała, to rozciągana bezustannie miedniczka nerkowa traci sprężystość swych ścian, rozszerza się, następuje ucisk na miąższ nerki i powstaje wodonercze. Proces ten uważa *Landau* za jedną z najczęstszych przyczyn wodonercza i związek pomiędzy nim i nerką wędrującą uważa za bardzo ścisły. W objaśnieniu istotnej przyczyny *Landau* nie zgadza się ze zdaniem *Virchow'a* i *Simona*, którzy przyjmują powstawanie pewnego rodzaju zastawki na granicy między moczowodem i miedniczką, zależnie od silnego zgięcia moczowodu i znacznego wypełnienia miedniczki moczem i odrzuca również zdanie *Cohnheima*, który w tym razie przypisuje wodonercze wrodzonemu nieprawidłowemu przyczepowi moczowodu do miedniczki i stara się wszystko objasnić li tylko samem zgięciem i skręceniem moczowodów. Na dowód swego twierdzenia przytacza napotykanę czasem na trupach takie położenie nerki, w którym wnęka była zwróconą ku górze i naprzód, a moczowód zgięty pod kątem bardzo ostrym. Zwykle w takich razach znajdowano wodonercze. Prócz tego *Landau* wspomina także o zjawiskach wodonercza przemijającego, którego główny objaw polega na pojawieniu się i znikaniu guza przy równoczesnem istnieniu odpowiednich objawów ze strony moczu; wszystko zdaniem *Landau'a* zależy li tylko od zgięcia i skręcenia moczowodu, nie zaś od tworzenia się zastawki lub wrodzonego nieprawidłowego przyczepu. Przypadki przemijającego wodonercza przyjmowano bardzo często za guzy jajnika, jak to miało miejsce w przypadkach ogłoszonych przez *John'a*, *Schoenleina*, *Rosensteina*, *Halliera* i innych. Twierdzenie swe popiera *Landau* także doświadczeniami, wykonanemi na balonie gumowym, napelnionym wodą, które czytelnik znajdzie w monografii na str. 68.

Ciąża i poród mogą wywierać pewien wpływ na objawy nerki wędrującej. Powiększona macica podnosi ku górze nerkę ruchomą, wskutek czego objawy zwykle zostają złagodzone. Czasem nawet może dojść do zupełnego zniesienia w ten sposób ruchomości nerki, czemu bardzo sprzyja rozwój tłuszczu w tkance łącznej podskórnej i podsurowiczej. O przypadkach takich wspominają *Hare* i *Oppolzer*. Czasami zdarza się szkodliwy wpływ nerki wędrującej na ciążę, a mianowicie możliwość wywołania poronienia wskutek utrudnienia krążenia i przeszkód mechanicznych. Ustanie miesiączkowania często bardzo dobrze wpływa na objawy nerki wędrującej, co tłumaczy związkim między splotem jajnikowym i nerkowym. Na przebieg miesiączki może wywierać zły wpływ tylko nerka przyrośnięta.

Za pomocą badania obiektywnego otrzymujemy pewne stałe objawy nerki ruchomej, które pozwalają z pewnością wnosić o jej istnieniu. W stojącej pozycji chorych, mających brzuch obwisły, często bardzo widzieć się dają kontury nerki uruchomionej, jeszcze lepiej uwidoczniają się one w położeniu poziomem na boku zdrowym; przy głębokim wdechu kontury występują również daleko wyraźniej. Mniej stałym objawem jest spłaszczenie i zapadnięcie odpowiedniej okolicy ledźwiowej, które zauważyć czasem można w pozycji na czworakach. Odgłos wypukowy na miejscu guza zazwyczaj bywa stłumiony bębenkowy; przytem po lewej stronie objaw ten bywa mniej wyraźny, gdyż na przeszkodzie stoją

żołądek i kiszki wypełnione gazami. Nerka wędrująca może dawać objawy wypukowe podobne do guzów położonych wewnątrz lub zewnątrz otrzewnej, co zależy tylko od długości krezki nerkowej i od tego, o ile moczowód może się oddalać od tylnej ściany brzucha; przy długiej krezce odgłos stłumiony otrzymamy na wewnątrz od kiszki grubej, przy krótkiej na zewnątrz. Nieobecności nerki na właściwym jej miejscu nie możemy na pewno określić za pomocą wypukiwania. Wprawdzie niektórzy przypuszczają, że wówczas odgłos wypukowy będzie jaśniejszy, lecz zdaje się, że gruby pokład mięśni, żebra i m. czworoboczny lędźwi nie pozwalają otrzymać jakichkolwiek pewnych wyników. Pewniejsze stosunkowo dane otrzymujemy za pomocą macania. Nerkę wędrującą zwykle wyczuwamy pod wolnym brzegiem żeber bliżej ku linii środkowej i ku pępki, jako ciało gładkie, wrażliwe na ucisk; kontury nerki oraz tętnienie tętnicy nerkowej rzadziej daje się wyczuć; prawą nerkę wyczuwamy łatwiej niż lewą. Właścią nerki wędrującej jest łatwe usuwanie się spod dotykających palców i bardzo łatwy powrót na swoje miejsce, zwłaszcza w położeniu poziomem; czasem udaje się znów ją wyprowadzać ze zwykłego położenia za pomocą uderzeń w bok, pochylenia całego ciała i t. p.. Wymacywanie powinno być dwuręczne i trzeba je wykonywać w rozmaitych położeniach ciała. Położenie na czworakach jest mniej dogodne; najodpowiedniejsze jest położenie poziome ze zbliżeniami cokolwiek do siebie udami i wzniesioną górną połową tułowia. Badając nerkę prawą, trzeba stanąć po stronie lewej chorego, podłożyć prawą rękę pod prawą okolice lędźwiową i tą ręką poruszać nerkę ku ręce lewej, spoczywającej na odpowiednim miejscu brzucha. Przy badaniu lewej nerki postępuje się odwrotnie. W ten sposób możemy bardzo dobrze wyczuwać dolny brzeg prawidłowej nerki, a nerkę wędrującą możemy całą przesuwając pomiędzy rękami. Wymacywanie zazwyczaj jest bolesne. Wysłuchiwanie powinno także być zastosowane zwłaszcza przy podejrzeniu zwężenia światła naczyń; słyseć się daje wówczas szmer podobny do świstu.

Rozpoznanie głównie powinno być oparte na przedmiotowym badaniu i przeważnie na wymacywaniu. Z pewnością możemy powiedzieć, że mamy do czynienia z nerką wędrującą, gdy zdołamy wyczuć ciało gładkie, ruchome w kierunku od lędźwi do pępka, wnękę i tętnienie tętnicy nerkowej. Nadzwyczaj łatwo zdarzać się mogą pomyłki, gdyż można przyjmować z wszelkimi pozorami słuszności guzy sąsiednich organów za nerkę wędrującą i odwrotnie. I tak bardzo często częściowe skurcze mięśni prostych, poprzecznych i skośnych brzucha pozwalają wyczuwać ciało owalne, gładkie i dość ruchome; chloroformowanie nie zawsze daje pewne wyniki, gdyż i nerka wędrująca często pod wpływem znieczulenia sama wraca na swe zwykłe miejsce. Guzy wątroby, przerost jej i przyrośnięcie nerki do dolnego brzegu wątroby bardzo trudno odróżnić od właściwej nerki wędrującej, gdyż objawy przy wypukiwaniu i wymacywaniu są prawie te same obok istniejących również bólów, zboczeń trawienia i żółtaczki; dla tego też w tych razach rozstrzygnąć może tylko dalsza obserwacja, zwłaszcza w przypadkach złośliwych nowotworów wątroby. Również tylko dalszy przebieg rozstrzyga w przypadkach nowotworów pęcherza żółciowego. W razie niepewności co do istnienia bąblowca wątroby lub wodnej puchliny pęcherzyka żółciowego, rozstrzyga próbne przekłucie. Zwłaszcza w przypadkach nowotworów pęcherzyka żółciowego pomyłki są bardzo możliwe. *Landau* wspomina o kilku przypadkach tego rodzaju i przytacza fakt z własnej praktyki, w którym przyjmował początkowo nerkę wędrującą; potem, gdy nastąpiło bardzo prędko silne wyniszczenie przypuszczał nerkę wędrującą zwyrodnioną rakowatą, a przy sekcji okazał się rak pęcherzyka żółciowego. W przypadkach raków żołądka i trzustki, rozstrzygać może łatwo znikanie bólów w położeniu poziomem. Raki okrężnicy wstępującej i zstępującej łatwo mogą być wzięte za nerkę wędrującą, zwłaszcza gdy nowotwór nie doszedł jeszcze dużych rozmiarów, gdyż istnieje tylko guz

i zboczenie w trawieniu; gdy raki te znacznie się powiększą pomyłka nie jest tak łatwa. Guzy śledziony (białaczkowe, zwyrodn. maczkowate) i ruchomość jej możemy wykluczyć na tej zasadzie, że w poziomem ułożeniu ciała nie zmieniają wcale swego położenia; prócz tego powiększeniu śledziony towarzyszą zazwyczaj objawy ogólne, jakich brak przy nerce wędrującej. Bardzo łatwo można przyjąć guzy organów płciowych za nerkę wędrującą i odwrotnie, można wtedy poniekąd opierać się na ruchomości guza ku okolicy lędźwiowej, bez znacznej bolesności; lecz z drugiej strony trudno wykluczyć nerkę wędrującą, gdy ruchomość istnieje i ku miednicy i ku lędzwiom, gdyż jak wiemy może ona opuszczać się w tym kierunku. Dla tego też trzeba zawsze bardzo szczegółowo zbadać organy płciowe i tylko na zasadzie silnego przekonania o ich stanie prawidłowym możemy w wątpliwych przypadkach na pewno wykluczyć ich guzy. Czasami zdarza się potrzeba wykluczenia pozornej brzemienności.

Zrosty nerki wędrującej z sąsiednimi organami wtedy można rozpoznawać napewno, gdy nerka jest dostatecznie nieruchomą w niezwykłym swym miejscu, lecz nie dalej od 1 kręgu lędźwiowego, jak na długość naczyń nerkowych. Jednakże zrosty nerki wędrującej często są bardzo delikatne i miękkie, pozwalające na odprowadzenie jej na zwykłe miejsce; i wówczas jednak możemy rozpoznać przyrośnięcie na tej zasadzie, że nerka znów wraca sama na miejsce przyrośnięcia. Inne powikłania nerki wędrującej dają się rozpoznawać stosunkowo dość łatwo. Uwięzienia nerki nie możemy wprawdzie stanowczo rozpoznać jedynie za pomocą wymacywania wskutek znacznej jej wrażliwości na ucisk i mogliśmy łatwo przyjąć obecność *perityphlitis* i *parametritis*, lecz zjawiska ze strony moczu i nagłe znikanie guza zawsze mogą posłużyć do uzasadnienia rozpoznania. Wodonercze wywołane przez nerkę ruchomą niczem nie różni się od tegoż stanu powstałego z innych powodów; stanowczego dowodu dla rozpoznania musimy szukać w peryjodycznym zjawianiu się i znikaniu guza, w przemijającym wodonerczu. Jeśli istnieje jeszcze część nerki niezmieniona to zazwyczaj opuszcza się ona ku kręgosłupowi.

Rokowanie *quoad vitam* przy nerce wędrującej zawsze jest zupełnie pomyślne. Wprawdzie Keppler utrzymuje, że wskutek wycięcia może dojść do śmiertelnego zejścia, lecz Landau nigdy nie spostrzegł takiego przypadku i wydaje mu się to niemożliwym. Zdaniem Landau rokowanie pogorszyło się znacznie od czasu wprowadzenia w użycie wycinania zdrowej nerki wędrującej i na tej zasadzie bardzo powstaje przeciwko tej operacji. Zupełne wyzdrowienie zdarza się przeważnie tylko w przypadkach traumatycznego powstania ruchomej nerki i przy jej wystąpieniu po chorobach gorączkowych, gdy nerka opuszcza swe miejsce z powodu utraty tłuszczu; w takich razach więzy mogą się wzmocnić i utrzymać nerkę w prawidłowym położeniu. Cięża może czasem spowodować zupełne wyleczenie. Powikłania również nie dają złego rokowania *quoad vitam*; nie znamy ani jednego przypadku śmierci wskutek uwięzienia nerki. Gorsze rokowanie daje wodonercze nerki wędrującej i ropnie, lecz i to tylko wskutek nie stosownego zachowania się chorych.

Leczenie. Pierwszem staraniem w leczeniu powinno być usunięcie przyczyny, a więc leczenie tych cierpień sąsiednich organów, które mogą wywołać nerkę wędrującą; trzeba jednakże być bardzo ostrożnym w wyborze środków i zwracać uwagę, ażeby zupełnie odpowiadały celowi i nie stały w sprzeczności z leczeniem głównego cierpienia. W leczeniu samej nerki ruchomej trzeba się starać o odprowadzenie jej na miejsce i utrzymanie w takowem. A odprowadzenie daje się łatwo dokonać za pomocą tych samych rękoczynów, jakich używamy przy wyczuwaniu nerki wędrującej. Jeśli przypadek jest świeży, to w położeniu poziomem ciała nie trzeba żadnych środków zewnętrznych do utrzymania odprowadzonej nerki na jej zwykłym miejscu. Wynajdywano najrozmaitsze bandaże i opaski, niektóre opatrzone pelotami, ażeby w ten sposób utrzymać

stale nerkę w normalnem jej położeniu; wszystkie te środki okazały się jednak niepraktycznymi; pelotę zastosować trudno dla tego, że uciskając lekko, ciśnie tylko na kiszki nie zaś na nerkę, przy silnym zaś ucisku łatwo może spowodować zboczenie nerki z prawidłowego położenia. W ostatnich czasach proponowano przyszywanie odprowadzonej nerki do ściany brzucha; lecz środek ten nie da się zastosować, gdyż, chcąc przyszyć nerkę, trzeba by koniecznie albo wypiłować na pewnej przestrzeni 2 ostatnie żebra lub też przeprowadzić szew przez ostatnią przestrzeń międzyżebrową, grubą pokład mięśni i mięsz samej nerki; wreszcie brak w tem miejscu dwóch błon surowicznych, które z łatwością mogłyby się zrosnąć i w ten sposób utrzymać stale nerkę. Ponieważ nie możemy działać skutecznie bezpośrednio na samą nerkę, trzeba starać się przez podtrzymywanie i lekki ucisk ścian brzucha działać chociaż pośrednio na utrzymanie nerki w zwykłym jej położeniu. *Landau* zastosowywał rozmaite bandaże, obejmujące cały brzuch i doszedł do przekonania, że najodpowiedniejszy jest w lecie bandaż drelichowy, w zimie zaś flanelowy, ściśle przylegający do brzucha i opatrzonej po bokach w pasy sprężyste; całe gumowe bandaże są nieodpowiednie. Bardzo dobrym i może najodpowiedniejszym środkiem jest gorset długi, sięgający aż do więzów *Pouparta* i kości łonowych, gdyż wywiera jednostajny ucisk na ściany brzucha, znosi obwisłość takowego i jest stale umocowany na klatce piersiowej, czego brak wszystkim poprzednim bandażom, które łatwo mogą się zesuwać ku górze. Prócz tych środków mechanicznych konieczne jest leczenie zmierzające do wzmocnienia ścian brzucha i całego organizmu; tu daje się zastosować bardzo dobrze elektryczność, leczenie zimną wodą, masaż, morskie kąpiele. Najlepsze rezultaty wydawały kąpiele kilkotygodniowe w morzu, wraz z elektryzowaniem ścian brzucha lub miejscowo stosowanie wody zimnej, oprócz, rozumie się, niezbędnego gorsetu lub opaski na brzuch.

Landau bardzo usilnie powstaje przeciw wycinaniu zdrowej nerki wędrującej, które jednakże liczy wielu zwolenników, od czasu próby dokonanej przez *Keppler'a*. Trudno pozbawić organizm narządu tak niezbędnego jak nerka; niezawsze liczyć można na to, że druga nerka zdoła zastąpić usuniętą, gdyż zdarzają się niespodzianki, że po usunięciu jednej druga nerka okazuje się skłoną do zwyrodniania tłuszczowego lub wodonercza, jak tego dowodzą przypadki *Merker'a* i *Langeg'o*; trzeba się liczyć także z możebnością istnienia jednej tylko nerki. Podczas samej operacji łatwo nastąpić może silny krwotok a bardzo częstym zejściem jest posocznica. W ogóle śmiertelność w niebardzo jeszcze licznych przypadkach tej operacji wynosi około 50%.

Przy uwięzieniu nerki wędrującej starania o odprowadzenie jej na miejsce są zbyt czyste, gdyż, jak wyżej o tem była mowa, sama nerka wraca do takowego w położeniu ciała poziomem. Jeśli koniecznie chcemy dokonać odprowadzenia, to trzeba to uskutecznić w ciepłej kąpieli i w znieczuleniu chloroformem. Gdyby objawy zapalne były znaczne, koniecznem jest przystawienie pijawek (6—10) i okład lodowy; bóle łagodzi się za pomocą ciepłych okładów i dużych dawek makowca. W bardzo rzadkich przypadkach ropni okołonerkowych trzeba się uciec do szerokich nacięć lub nawet wyluszczenia nerki, która to operacja według *Landau'a*, li tylko w tym razie jest rzeczywiście wskazaną.

Jeśli wodonercze jest przemijające, jak to bywa najczęściej, to zwykle można przeczekać, łagodząc tylko objawy; gdy trwa uparcie, to zmusza do wykonania jednej z operacji używanych w tym razie, a mianowicie wycięcia nerki lub też utworzenia sztucznej przetoki. Przy wycięciu nerki zwyrodnionej łatwo występuje zakrzep żyły głównej dolnej, w przedłużeniu z żyły nerkowej; śmiertelność wynosi około 50%. Dla tego też *Landau* radzi zwykle przystępować do utworzenia przetoki, tylko po uprzedniem przyszyciu worka nerki zwyrodnionej do ściany brzucha w miejscu najodpowiedniejszym, ażeby zapobiedz wylewaniu się zawartości worka do jamy otrzewnej. W ogólności

L a n d a u skłania się raczej ku wykonaniu przetoki nie zaś do wycięcia nerki, chociażby to ostatecznie nie przedstawiało żadnego niebezpieczeństwa; nie radzi również wycinać lub niszczyć żelazem rozpalonem lub środkami żrącymi pozostałych zdrowych części nerki, gdyż mogą one zupełnie zastąpić zdrową nerkę, a nawet ją nanowo do pewnego stopnia wytworzyć.

W monografii swej L a n d a u podaje zebrane bardzo starannie protokoły sekcyj, dokonanych dotychczas na chorych z nerką wędrującą i historyje chorób niektórych postrzeganych przypadków. S. M. Jakowski.

Wiadomości bieżące.

Paryż. Zaczęło tu wychodzić nowe pismo „Annales de l'hydrothérapie scientifique“ pod dyrekcją D-ra P a s e a l'a, następcy F l e u r y'e g o.

Praga. W N-rze 22 „Czasopisu lekarów Českých“ wyszłym 27 Maja r. b. a więc podczas odbytego Zjazdu przyrodników i lekarzy czytamy następującą odezwę.

KU DNŮM SJEZDOVÝM.

Jest to poprvé dnes po staletích, kdy synové bohatýrského národa polského přispěchali k nám, aby podali důkaz pravé duchovní vzájemnosti mezi dvěma haluzemi slovanskými, které jazykem, vírou i osudem sobě nejbliže stojí.

Oběma národům jž jednou smrtící šíp proklál srdce, obou synové nejschbetnější zmírali ve vyhnanství a oba znovu nezdolnou šíj povznášejí, oba opět bojují a pracují k zmohtnutí a povznesení drabých svých vlastí!

Vítáme Vás, muže práce do Visly, v tu naši stověžatou Prahu pozdrawem horoucím! Kořeny dvou lip slovanských se proplétají, čínice kmeny nezdolné bouřím všem a bouři každě. Základ vzájemnosti polsko-česke slavně položen na poli vědy, jenž nepodlehá vratkým obrátům politickým.

Necht' práce Vaše i naše přinese oslavu vlastím společným, nesouc se za nejvyšším ideálem, za humanismem!

Tisknouce Vám bratské pravice, prosíme Vás, abyste domů se navrativše, zvěstovali všem náš. pozdrav upřímný!

Würzburg. Dnia 1—4 Sierpnia r. b. obchodzoną tu będzie uroczystość 300-letniego założenia Uniwersytetu.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

D-r H u b e r t H r. K r a s i ŋ s k i. Udział Czechów w rozwoju oświaty i nauki lekarskie w dawnej Polsce. Dedykowane na pamiątkę braciom Czechom. Mowa miano na Zjeździe przyrodniczo-lekarskim w Pradze Czeskiej d. 27 Maja 1882 r..

D-r A. S t o e k m a n n. Ciechociaek pod względem lekarskim. Warszawa. 1882.

B i l l r o t h. O pielęgnowaniu chorych w domu i szpitalu. Nakład „Kroniki lekarskiej“. Warszawa. 1882.

B o i l l a t. Beiträge zur Lehre von der Antisepsis. (Z pracowni prof. Nenekię w Bernie). 1882.

M. N e n e k i. Ueber die Zulässigkeit gegypster. Wien. 1882.

Na pomnik Mickiewicza Zebrane przez D-r Filipowicza, w Odessie, rs. 17 kop. 15. — Prof. Wł. Brodowski z Warszawy, rs. 5. — Nieprzyjęta reszta z należności za telegram posłany do Pragi, rs. 1 kop. 20. — Razem z poprzednio zebranemi. **Rs. 833 kop. 91 i 10 franków w złocie.**

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt na pismo „Kraj“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 27 Мая 1882 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska. 23.

SZCZAWNICA,

Zakład zdrojowo-kąpielowy na „Miodziusiu“
otwartym został w dniu 20 Maja.

W roku bieżącym zaprowadzono wiele ulepszeń i upiększeń w mieszkaniach, łązienkach i parku.

Zakład na Miodziusiu, w najweselszem położeniu Szczawnicy, w pobliżu wysokopiennych lasów szpilkowych, posiada bardzo piękne spacery w obszernym parku, z uroczymi widokami na Pioniny. W parku, jako też naprzeciw tegoż, znajdują się budynki mieszkalne, łązienki dla kąpeli mineralnych, źródło, restauracja. Do zabaw dla gości służą: obszerna bawialnia z fortepianem i obok urządzoną czytelnią, rondo do gier towarzyskich na wolnym powietrzu w parku ze stosownymi przyrządami;—przy tem muzyka w godzinach wieczornych.

Dla komunikacji między zakładem na „Miodziusiu“ a źródłem „Józefiny“ kursują nieustannie wózki i powozy; komunikacja dla pieszych ułatwiona nowym spacerem przez pola.

Seryja mieszkań jest od 20 Maja do 30 Czerwca, jako też od 16 Sierpnia do końca sezonu—po znacznie niżonych cenach.

Zamówienia mieszkań, wód „Szymona“ i „Wandy“ przysyłać należy pod adresami:
M. Tomanek w Szczawnicy na „Miodziusiu.“ 2—1

WODOLECZNICA

Gräfenberg.

Szlązk Austryjaki.

Lekarz kąpielowy

D-r Lauterstein

W WIEDNIU

ma honor zawiadomić panów kolegów, że jak lat zeszłych, ordynować będzie i w roku bieżącym w Kurhausie „Anenhof.“ W odpowiednich przypadkach zastosowuje również kurację dyjetetyczną, masaż i elektroterapię.

4—1

NAJPRZYJEMNIEJSZA w smaku ze **WSZYSTKICH WÓD GORZKICH**

Woda Węgierska

OFNER RAKOCZY

Zawierająca o 214 części soli działających więcej aniżeli Hunyady Janos. Uznana za skuteczną przez Akademię Medyczną Paryżką i Akademię Nauk w Peszcie. Nagrodzona 8 medalami złotymi i srebrnymi na Wystawach Powszechnych.

Składy główne w Aptekach pp. D-ra T. Heinrich, Kucharzewskiego, Wendy i Wiorogórskiego, M. Soltkyewicza i w Instytucie Wód Mineralnych D-ra Weinberga i we wszystkich Aptekach.

Bracia Loser

w Peszcie.

8—1

Dr. Med. Witold Jaroszyński

ordynuje od 1-go Maja r. b.

W KARLSBADZIE

przy ulicy Kreuzgasse w domu „V U L C A N“

8—5