

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. I. Dr STANISŁAW KLEJN. Lymphogranulomatosis (*Morbus Hodgkin*). Str. 337. II. STANISŁAW GĘBARSKI. Dwa przypadki żołądka klepsydrowego—jeden z uchyłkiem w dolnej części przetyku. (Dok.). Str. 342. III. JAN BĄCZKIEWICZ. Ambulatoryja dla dzieci w świetle liczb. (Dok.). Str. 346. *Dział sprawozdawczy*. 40. STERN H (Nowy York). O niektórych europejskich wodach mineralnych. Str. 351. 41. LEWIN L. Niebezpieczeństwa, grożące od stosowania alkoholu metylowego i innych wyskoków. 42. HIRSCHBERG JUL. O zatruciu wódką metylową. 43. FOERSTER. O działaniu wysokotu metylowego. Str. 353. 44. A. MÜLLER. Wyniki badania przedmiotowego w reumatyzmie mięśniowym. Str. 356. *Przegląd bibliograficzny*. TADEUSZ JAROSZYŃSKI. O metodzie psycho-analitycznej FREUD'a i jego teorii powstawania nerwic na tle zaburzeń płciowych. Str. 359. *Wiadomości bieżące*. Str. 361. *Zmarli*. Str. 362. *Ogłoszenia*.

I. Z ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH.

Lymphogranulomatosis (*Morbus Hodgkin*).

Podał

Dr Stanisław Klejn,
ordynator oddziału.

Czytane na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. 16-go stycznia 1912.

Cierpienie, o którym tu będzie mowa, znane było dotychczas pod rozmaitemi nazwami. Nazywano je: *cachexia lymphatica*, *morbus Hodgkin*, *lymphosarcoma*, *lymphadenoma*, *adénie*, *lymphoma malignum*, *lymphosarcoma malignum*, *lymphomatosis*, a najczęściej może *pseudoleukaemia*.

Już sama ta różnorodność nazw wskazuje, że niezawsze zdawano sobie dokładnie sprawę z charakteru i rodzaju zmian mikroskopowych, będących podstawą obrazu chorobowego. Dopiero badania ostatnich lat, na pierwszym miejscu STERNBERGA z r. 1898, wyjaśniły do pewnego stopnia tę sprawę, przyczem okazało się, że nie mamy tu do czynienia ani z limfosarkomatem, ani z odmianą białaczki, lecz z tworami pochodzenia zakaźnego, a mianowicie z zapalnymi zmianami podścieliska łącznotkankowego gruczołów chłonnych i narządów krwiotwórczych, czyli ze zmianami tkanki

limfatycznej w szerokim tego słowa znaczeniu. Wytwarza się przytem nowa swoista tkanka ziarninowa (granulacyjna), wykazująca ogromną polimorfję komórkową. Charakter właśnie tych zmian był powodem, iż BENDA cierpienie to nazwał *granuloma malignum*, a PALTAUF *lymphogranulomatosis*, t. j. *lymphomatosis granulomatosa*, co po polsku niezupełnie ściśle dałoby się przetłómaczyć na gruczolak limfatyczny ziarninowy. Niektórzy jednak, jak naprzykład ZIEGLER w swojej obszernej monografii, obejmującej 70 przypadków L. ¹⁾ z 16-ma sekcjami, jeszcze teraz nazywa je chorobą HODGKINA, zupełnie, zdaniem mojem, niesłusznie, a to dlatego, iż HODGKIN w pracy swojej pomieszał najrozmaitsze przypadki z sobą, a po drugie, że taka nazwa zawsze daje powód do nieporozumień. Z tego też powodu należałoby raz już z rzucić nazwy wanie L. pseudoleukemią, nazwa ta bowiem jest wyrazem nic nie mówiącym, jest, że się tak wyrażę, negatywną dyagnozą kliniczną, tak zwaną *Verlegenheitsdiagnose* Niemców. Zresztą i nazwa L. jest może czasową, gdyż zmieni się zapewne, gdy wykryta zostanie etyologia tej zagadkowej choroby.

Dla pełności dodać tu jeszcze muszę, iż istnieje wprawdzie nieliczna grupa badaczy (DIETRICH, CHIARI, YAMASAKI), którzy uważają z mianymi mikroskopowe z sarkomatyczne, ew. sądzą, że granulomat może przejść w sarkomat, poglądy te jednak nie znalazły zwolenników.

O ile zgodzono się prawie powszechnie co do istoty i charakteru zmian anatomicznych, to etyologia tego cierpienia pozostała dotychczas niezupełnie wyjaśniona, gdyż, aczkolwiek STERNBERG, który uważał je z początku za gruźlicę, z biegiem czasu zmienił swój pogląd, przyznając, że pewne przypadki L. są pochodzenia gruźliczego, etyologia innych pozostaje jednak ciemną.

Tak stały rzeczy do r. 1910, gdy dwaj hamburscy badacze: FRAENKEL i MUCH, poszukując w przypadkach L. laseczników gruźliczych metodą MUCHA, znaleźli je we wszystkich prawie swoich przypadkach (w 12-u na 13) tego cierpienia w postaci z i a r e n M U C H A. Na zasadzie tych wyników dochodzą F. i M. do przekonania iż L. jest zawsze sprawą natury gruźliczej, wywołaną przez owe ziarna MUCHA, które oni uważają za odrębną postać lasecznika gruźliczego, być może mającego tylko własności mniej jadowite.

Dotychczas HIRSCHFELD ²⁾, sprawdzając dane F. i M., znalazł ziarna MUCHA w L. w 4-ch przypadkach 2 razy, następnie ROSENFELD ³⁾ znalazł je niedawno w jednym przypadku, natomiast DIETRICH i CHIARI ani razu ich nie znaleźli w tej chorobie.

W ostatnich jednak miesiącach roku ubiegłego zjawiły się 2 razy

¹⁾ L. = *lymphogranulomatosis*.

²⁾ Folia Haematologica 1911.

³⁾ Berl. klin. Woch. 1911. № 48.

prace, rzucające nowe światło na kwestyę etyologii L. W pierwszej O. MEYER ¹⁾ podaje opis 9-iu przypadków tego cierpienia, badanych w instytucie patologicznym frankfurckim. Badacz ten we wszystkich baz wyjątku przypadkach znalazł laseczniki gruźlicze, a mianowicie 8 razy w postaci tylko ziarenek MUCHA, 1 zaś raz w postaci typowych laseczników KOCHA. O związku jednak tych ziaren z etyologią L. wyraża się MEYER bardzo oględnie; powiada on, iż „ziarna przez niego znalezione tylko wtedy będzie można z pewnością uważać za przyczynę L. i za identyczne z ziarnami MUCHA, gdy hodowle i szczepienie na zwierzętach w całym szeregu przypadków dadzą wyniki dodatnie i nieulegające kwestyi“. Co się tyczy szczepień, to muszę tu z góry zaznaczyć, że dotychczasowe wyniki były przeważnie ujemne, dodatnie zaś niezawsze bez zarzutu, tak że nad tą sprawą możemy na razie przejść do porządku dziennego.

Że ostrzeżenia MEYER'a, przynajmniej co do istoty ziaren MUCHA nie były płonne, wskazuje właśnie druga praca nad temi ziarnami, zreferowana wkrótce po zjawieniu się pracy MEYER'a na posiedzeniu Towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego heidelberskiego 14-go listopada, 1911 r. przez BITTOORLFF'a i MOMOSEGO ²⁾. Badacze ci na zasadzie swych badań dochodzą do wniosku, że metoda MUCHA nie wykrywa żadnych innych nowych postaci lasecznika gruźliczego, a jedynie tylko znaną powszechnie postać, która barwi się metodą ZIEHL-NELSENA, czyli że tak zwane ziarna MUCHA są identyczne z lasecznikami gruźliczymi KOCHA.

Jeżeliby się okazało, że z ziarnami MUCHA tak się rzecz ma, jak to podają BITTOORLFF i MOMOSE, to z tego wypływałby przedewszystkiem ten wniosek, że w L. t w o r y p a t o l o g i c z n e z a w i e r a j ą b a r d z o c z ę s t o l a s e c z n i k i g r u ź l i c z e. Sprawa jednakże związku etyologicznego tych laseczników ze sprawą chorobną nie staje się przeto ani na jotę bliższą rozwiązania ze względu na to przedewszystkiem, że cały szereg badaczy w ogóle laseczników tych nie był w stanie znaleźć, a także i ze względu na przytoczone ostrzeżenie MEYER'a, tyczące się szczepień na zwierzętach.

Jak widzimy, sprawa etyologii L. pomimo, jakby się zdawało, pomysłnych wyników prac MUCHA i FRAENKEL'a oraz MEYER'a daleką jest od stanowczego rozstrzygnięcia. Niemniej i inne strony tego cierpienia, jak na przykład symptomatologia, rozpoznanie różniczkowe i obraz mikroskopowy nie są jeszcze całkowicie ustalone. Jeżeli dodam do tego, że pomimo iż L. jest chorobą bardzo częstą, w znanych i rozpowszechnionych podręcznikach chorób wewnętrznych wcale nie znajdujemy rozdziału poświęconego temu cierpieniu, które kryje się tam najczęściej w rozdziałach zatytułowanych „Pseudoleukaemia“, to dojdziemy do wniosku, że wszelkie przyczynki, dodające choćby skromną cegiełkę do tego niewykończonego gmachu nauki o L., nie powinny być pominięte. W n a

¹⁾ Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie t. 8, z. 3 S. A.

²⁾ Münchn. med. Woch. 1911 Nr. 58.

szej literaturze w ciągu ostatnich 14-u lat wcale prawie nie zajmowano się tym przedmiotem, jedynie STEINHAUS opisał jeden taki przypadek dość pobieżnie, w dodatku jako gruźlicę.

Toteż korzystając z materiału, jaki udało mi się zebrać, a także na zasadzie danych z literatury postaram się podać w krótkim zarysie obraz limfogranulomatozy, zastrzegając się, iż z braku czasu pominię niektóre fakty mniej może ważne, a inne poruszę pobieżnie.

Dotychczas obserwowaliśmy przypadków L. 61, część tych (26) przed rokiem 1904, wspominałem o nich w r. 1903 w moim odczycie w Tow. Lek.¹⁾, resztę zaś w liczbie 35-u spostrzegaliśmy po r. 1904, t. j. od czasu kiedyśmy poczęli stawiać to rozpoznanie. Dlatego też w opisie dalszym będziemy się powoływać przeważnie na przypadki drugiej seryi. Nadmienić muszę, iż tylko w 10-u przypadkach rozpoznanie mogliśmy sprawdzić przez badanie mikroskopowe.

Co się tyczy płci, to mężczyzn dotkniętych L. widziałem 16-u, kobiet zaś 19. Co do wieku, to najmłodszy chory miał 2½ roku, najstarszy 60 lat. Największy kontyngens chorych dostarczał wiek między rokiem 15-ym a 40-ym. Co się tyczy trwania choroby, to trudno tu podać ściśle dane, gdyż niezawsze udało mi się obserwować chorych do końca. Widziałem jednak chorych, u których choroba trwała do 4-eh lat, byli i tacy, którzy chorowali tylko 3 miesiące, a nawet tylko 6 tygodni.

Co się tyczy ogólnego obrazu klinicznego rozwiniętej choroby, to bardzo wyraźnie możemy odróżnić kilka typów, które stale się powtarzają. Najczęstszy jest typ, którybym nazwał gruczolowym, gdyż na pierwszy plan występuje mniej lub więcej rozległe obrzmienie gruczolów zewnętrznych.—przypadków takich widziałem 21. Obrzmienie zajmuje tu najczęściej wyłącznie gruczoly szyjne, rzadziej pachowe i długi czas pozostaje umiejscowione. Przypadki te widują częściej chirurdzy, operujący je nieraz bez korzyści dla chorego, gdyż po krótkim czasie zjawia się zwykle nawrót choroby.

Pozatem zdarzają się przypadki tego typu, gdzie w krótkim czasie zajęte bywają wszystkie prawie dostępne badaniu gruczoly zewnętrzne; chorzy tacy czynią wrażenie dotkniętych białaczką limfatyczną.

Drugi typ przypadków stanowią chorzy, u których dominującym, a często jedynym objawem są powiększone gruczoly śródpiersia, dające znane powszechnie objawy guzów klatki piersiowej. Chorych takich widziałem 5. Gruczoly zewnętrzne mogą tu być wcale niezmienione, zdarza się to względnie rzadko; najczęściej, jak np. w moich przypadkach, znajdujemy i tu jednocześnie zajęte i inne gruczoly, zwykle nadobojezykowe, często także i szyjne, rzadziej pachowe, a nieraz wszystkie inne jednocześnie.

Trzeci typ (przypadków własnych 9) tak zwany brzuszny, stanowią chorzy z wyłączeniem często zajęciem gruczolów jamy

¹⁾ O rozpoznawaniu białaczki. Medycyna 1903.

brzuszej, które daje kolosalne nieraz guzy. Gruczoły zewnętrzne mogą tu być wcale niezmiennione, często jednak znaleźć można i tu nieznaczne powiększenie gruczołów w rozmaitych okolicach, albo jeden tylko pakiet powiększołów, najczęściej w pachwinach. W każdym jednak razie dominującym objawem jest tu powiększenie gruczołów brzusznych z nieodłącznym często powiększeniem brzucha, puchliną brzuszną, zastojem w obrębie żyły wrotnej i częściej oraz częstą żółtaczką. Niezawsze jednak gruczoły te dochodzą do opisanych rozmiarów, zdarzają się przypadki z minimalnymi zmianami, które wykrywa dopiero sekcyja.

Jako czwarty typ wyodrębnić należy przypadki, które głównie cechuje wyłączne prawie powiększenie śledziony, niezawsze zbyt dużych rozmiarów. Wprawdzie rzadko które przypadki L. przebiegają bez powiększenia śledziony, powiększenie to jednak zjawia się tu dopiero w późniejszym przebiegu choroby i rzadko sięga większych rozmiarów. W moich przypadkach powiększenie śledziony obok innych objawów L. widziałem 15 razy. W typie śledzionowym zaś L. głównym objawem klinicznym jest powiększenie śledziony. Gruczoły zewnętrzne są tu często wcale niezajęte procesem chorobnym, albo w stopniu ograniczonym. Natomiast w przypadkach tych bardzo często przeważni na stole sekcyjnym znajdujemy zajęcie w znacznym nieraz stopniu wątroby i gruczołów wewnętrznych, szczególnie pozaotrzewnych, które za życia mogą nie być dostępne dla badania. Czystych pewnych przypadków tego typu nie widziałem.

Podane wyżej typy chorobne, według których najczęściej występuje L., wyczerpują całkowicie prawie całą kazuistykę tego cierpienia. Rozumie się, że typy te, jak każde schematy, zawsze w tyle pozostaną za kliniką i obserwacją, która stawia nas często w obliczu kombinacji, nie mieszczących się w żadnym z podanych typów. W każdym jednak razie dla przypadków przeciętnych podział nasz jest zupełnie wystarczający. Poza tem nadmienić należy, iż zdarzają się przypadki, w których oprócz wspomnianych umiejscowień choroby, występują jeszcze bardzo wybitnie zmiany granulomatyczne w innych narządach, jak na przykład kościach lub skórze, tak że na przykład ZIEGLER ustanowił dla nich oddzielne 2 typy chorobne. Sądzę jednak, że jest to na razie zbyt wcześnie, a w każdym razie przedwczesne, gdyż przypadki dotychczas obserwowane (typy kostne) nie są tak dokładnie zbadane, żeby je można było na zasadzie samego opisu zaliczyć do omawianego przez nas cierpienia. Z drugiej znów strony przypadki ze znacznym zajęciem skóry kombinują się z podanymi przez nas typami, z wyjątkiem chyba cierpienia zwanego *mycosis fungoides*, którego przynależność jednak do L. nie jest jeszcze całkowicie ustalona, choć bardzo prawdopodobna.

Jeżeli zaznaczone przez nas wyżej typy kliniczne L. wyczerpują, jak to wyżej powiedzieliśmy, całą prawie kazuistykę L., to pod względem umiejscowienia zmian anatomicznych, znajdowanych

na sekcji, sprawa daleką jest jeszcze od wyczerpania. Tu oprócz zajęcia gruczołów, śledziona znajdujemy często tak dalece rozsiępane po całym ustroju zmiany, że nie będzie przesadą, jeżeli powiemy, że nie ma chyba narządu, któryby nie mógł być zajęty przez L. A więc znajdowano zmiany także w płucach, opłucnej, w wątrobie, w trzustce, w nadnerczach, na otrzewnej, w żołądku, w kiszkach i w nerkach, w jajnikach, jądrach, w mózgu, w gruczole tarczowym i t. d. Dopiero obraz zmian anatomicznych wskazuje nam, jak często ustanowione powyżej przez nas typy kliniczne są niewystarczające, dając tem najlepszy dowód, iż cierpienie to nie jest cierpieniem jakiegoś narządu lub grupy narządów, lecz raczej tkanki limfatycznej w szerokim znaczeniu tego wyrazu, a może nawet tkanki łącznej w ogóle. Takie pojmowanie procesu chorobnego może nam wyjaśnić, skąd biorą się guzy granulomatyczne w płucach, wątrobie, na oponie twardej mózgu i w ogóle w okolicach i miejscach, gdzie na pewno gruczołów wcale nie ma, ale gdzie są naczynia limfatyczne i tkanka łączna, stanowiąca rodzaj układu szpar chłonnych. W tym też sensie zrozumieć należy dodatek *lympho* do *granulomatosis*.

[D. c. n.]

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

Dwa przypadki żołądka klepsydrowego — jeden z nich z uchyłkiem w dolnej części przetyku.

Podał

Stanisław Gębarski.

(Dokończenie. — Patrz № 12).

Na zakończenie pozwolę sobie zestawić w streszczeniu współczesne poglądy na żołądek klepsydrowy podług najświeższej pracy K. SPANNAUS'a, ogłoszonej w roku ubiegłym z kliniki wrocławskiej.¹⁾ Zaznaczyć muszę, że dane historyczne, przytoczone w ustępie mej pracy, powtarzałem za HIRSCH'em również według SPANNAUS'a.

Okazuje się, że choroba ta wcale nie jest tak rzadką. Imponującą liczbę 34-ch przypadków przytacza sam SPANNAUS. Na 600 operacji żołądkowych, dokonanych w klinice prof. KÜTTNER'a, było 26 przypadków klepsydry, co stanowi 5%. Liczba ta blizką jest liczby EISELSBERG'a—7%.

¹⁾ K. SPANNAUS. Zur Klinik der Sanduhrmagens unter Zugrundelegung von 34 Fällen, Beiträge zur Klinischen Chirurgie 1911 r. Str. 261—312.

Wszystkie przypadki, przytoczone przez SPANNAUS'a, są nabyte; wrodzonych nigdy nie widział. Z liczby 34-ch przypadków, opisanych przez SPANNAUS'a, 2 powstały na tle raka (u BIER'a na 21 przypadków — 3 raki, u MOYNIHANA na 23—2 raki). Reszta 32 na tle wrzodu, który najczęściej znajdowano na tylnej ścianie i na małej krzywiźnie. Choroba ta częściej zdarza się u kobiet niż mężczyźn. SCHOMERUS spostrzegł ją u kobiet w 129 przypadkach, u mężczyźn tylko w 26-u. MOYNIHAN widział ją u 16-u kobiet i 7-u mężczyźn. Stosunek ten mniej więcej odpowiada danym statystycznym, dotyczącym wrzodu żołądka. ROKITANSKY na 79 przypadków wrzodu żołądka 46 razy spostrzegł go u kobiet, 33 u mężczyźn. Żołądki klepsydrowe najczęściej zdarzają się u ludzi w średnim wieku, między 30 a 50 rokiem życia (SPANNAUS, BRINTON), a więc o jakieś 10 lat później, niż wiek, ulubiony przez wrzód żołądka peptyczny. Zgadza się to i z anamnezą tych chorych, którzy zwykle na jakieś 10 lat przed operacją doznawali już pierwszych objawów wrzodu peptycznego.

SPANNAUS dzieli żołądki klepsydrowe na 3 grupy. Do pierwszej należy większość przypadków: żołądek jest tu wolny i ruchomy; wrzód zagojony; zwężenie powstało wskutek blizny pierścieniowej bez większych zrostów. Do drugiej grupy zalicza przypadki, powstałe na tle wrzodu przewlekłego: owrzodzenie jest większe; żołądek rzadziej bywa ruchomy, najczęściej zrośnięty tylną ścianą z truszką. Wreszcie do trzeciej grupy należą przypadki, występujące w postaci guza: tutaj przedewszystkiem uderzają w oczy liczne i potężne zrosty z wątrobą, trzustką, poprzecznicą (*mesocolon*); guz sprawia wrażenie raka.

Powierzchnowne owrzodzenia samej błony śluzowej, oczywiście, nie mogą wywołać przewężenia. Do tego potrzeba głębszego owrzodzenia—zniszczenia częściowego mięśniówki. Unieruchomienie żołądka zrostami w jego środkowej części sprzyja powstawaniu klepsydry, gdyż przyrośnięta część nie może zmieniać swego położenia, a obydwia odcinki z konieczności się rozszerzają. Im bliżej wrzód mieści się odźwiernika, im mniejszy jest obwód żołądka na miejscu wrzodu, tem łatwiej może dojść do przewężenia. Dlatego też najczęściej znajdujemy przewężenie w okolicy przedodźwiernikowej (*regio praepylorica*)

Miejsce zwężone jest albo wolne i równomiernie okala żołądek, albo unieruchomione, a więc ku krzywiźnie małej, lub wielkiej, zależnie od miejsca wrzodu i zrostów. Ma to wielką doniosłość kliniczną. Przewężenie żołądka z przeciągnięciem do krzywizny wielkiej sprawia chorym bardzo mało dolegliwości. Inaczej przy przeciągnięciu żołądka ku górze, t. j. ku krzywiźnie małej, co, niestety, częściej się przytrafia. Tu pokarmy z odcinka wpustowego muszą przedostawać się do odźwiernikowego, jak gdyby przez górę. Wskutek tego następuje większy zastój w odcinku wpustowym, silniejsze bole i częstsze wymioty. Najprzystajniejsze dla chirurgów są przewężenia, umiejscowione wysoko, blisko wpustu pod przeponą. I przeczytać je łatwo, i operować trudno, i wyniki operacji są wątpliwe.

SPANNAUS przytacza cały szereg najrozmaitszych odmian zniekształceń klepsydrowych żołądka i ilustruje je rysunkami.

Stopień zwężania bywa rozmaity: najwęższe przepuszcza za ledwie płyny, gruby drut, ołówek. Gdzie przewężenie przepuszcza 2 palce, tam dolegliwości zazwyczaj nie bywa. Brak blizny na miejscu przewężenia bynajmniej nie dowodzi, zdaniem SPANNAUS'a, że tam nie było owrzodzenia; wrzód żołądka u płodu może nie pozostawić po sobie najmniejszego śladu ¹⁾. Wcale nierzadko przewężeniu towarzyszy jeszcze zwężenie odźwiernika. Objawy żołądka klepsydrowego są te same, co i zwężenie odźwiernika, a więc: wymioty, bole, wychudnienie. Pewna liczba przypadków może przebiegać bez wyraźnych cierpień, jeżeli zwężenie będzie nieznaczne, a pokarmy będą mogły swobodnie przechodzić przez miejsce zwężone. Badanie chemiczne zawartości żołądkowej, wbrew twierdzeniu WÖFLER'a, który zawsze znajdował brak wolnego kwasu solnego, wypada najrozmaiciej: wolnego kwasu solnego może nie być wcale, mało, albo zbyt wiele ($\frac{1}{2}$, przypadków SPANNAUS'a).

Oprócz powyższych objawów mamy cały szereg objawów, podawanych jako charakterystyczne przez różnych autorów:

1) Pierwszy objaw WÖFLER'a: przy przepłukiwaniu żołądka część wody pozostaje w żołądku. Wpada z odcinka wpustowego do odźwiernikowego. Objaw ten SPANNAUS niesłusznie nazywa WÖFLER'owskim, podał go JAWORSKI, jak to już wyżej udowodniłem.

2) Drugi objaw WÖFLER'a: po należytem przepłukaniu żołądka nagle zjawia się domieszka cuchnącej zawartości, która pochodzi z odcinka odźwiernikowego.

W naszym przypadku, a może i w większości innych, domieszka taka raczej pochodzi z odcinka wpustowego.

¹⁾ Jak widać z powyższego, w całym szeregu przypadków znajdowano na sekcji przewężenia żołądka, które dawniej uważano za wrodzone, bez żadnej blizny. Dziś przewężenia te uchodzą za następstwo wrzodu peptycznego. Mojem zdaniem, świadczy to, że wrzód peptyczny nawet tak głęboki i rozległy, że prowadzi do przewężenia, może się goić bez blizny, a przynajmniej bez blizny widocznej dla anatoma. Tłómaczyłoby to rażącą sprzeczność pomiędzy danymi liczbowymi klinicystów i anatomów, dotyczącymi częstości wrzodu peptycznego. Dla klinicystów wrzód peptyczny zdarza się u każdego dziesiątego chorego żołądkowego, na sekcjach zaś wrzód lub blizny po nim znajdowano w 0,25 do 1% sekcji. (Nauka o chorobach wewnętrznych. JAWORSKI. Tom III str. 287). Może więc to, co SPANNAUS uważa za właściwość żołądka u płodu, t. j. zdolność do gojenia się wrzodu peptycznego bez blizny, powtarza się i w życiu pozapłodowem i u dorosłych. Może blizna na błonie śluzowej żołądka trudniejsza jest do skonstatowania niż, na przykład, na skórze, albo z czasem łatwiej znika. Podnoszę to pytanie, bo dziś wobec częstych operacji na żołądku możnaby znaleźć na nie odpowiedź, o ile porównywałoby się anamnezę chorych z wynikami sekcji u zmarłych lub rezekcji żołądka.

Przed laty na oddziale naszym znaleziono przypadkowo na sekcji żołądek klepsydrowy bez żadnych zrostów i bez blizn na błonie śluzowej. Wywiady u tego chorego nie dawały żadnych wskazówek w kierunku wrzodu.

3) Paradoksalne rozszerzenie żołądka (objaw prof. JAWORSKIEGO): żołądek przy wstrząsie wydaje plusk nawet wtedy, gdy go najdokładniej przepłuczemy. Odgłos ten wydaje odcinek odźwiernikowy.

4) Pierwszy objaw EISELSBERG'a: po wzdęciu żołądka wygórowanie występuje nasamprzód w lewej stronie nadbrzusza, a po kilku minutach znika, aby zjawić się z prawej strony.

5) Drugi objaw EISELSBERG'a: po przyjęciu proszku SEYDLITZ'a słyhać stetoskopem ostry syczący szmer w okolicy odźwiernika. W razie przewężenia szmer słyhać mniej więcej w odległości 5–8 ctm. na lewo od linii środkowej.

6) Objaw MOYNIHANA: określenie granicy żołądka zapomocą perkusyi: podajemy proszek SEYDLITZ'a. W $\frac{1}{2}$ minuty potem górny odcinek żołądka daje niski odgłos, którego niema jeszcze nad odcinkiem odźwiernikowym. Po pewnym czasie stopniowo wypukła się odcinek odźwiernikowy.

7) Objaw SZMID-MONNARDA: po wzdęciu żołądka widać wyraźne przewężenie pomiędzy obu jego odcinkami. Ucisk jednego odcinka powoduje zwiększenie się drugiego, i na odwrót (MOYNIHAN).

8) Pierwszy objaw EWALDA: po napełnieniu żołądka wodą gastrodiafan prześwietla tylko jego odcinek wpustowy.

9) Drugi objaw EWALDA: wprowadzamy do żołądka balonik TURC'a, nadymany od zewnątrz — wypukła się tylko odcinek wpustowy żołądka.

10) Objaw BÜDINGER'a: jeżeli jedną rękę przyłożymy do miejsca przewężenia, a drugą uciśniemy odcinek wpustowy, wypełniony wodą, to wyczujemy szmer od przeciskania się wody przez wązki kanał.

11) Objaw A. SZMIDT'a: skoro chory położy się na lewym boku, czyste już przepłuczyny ulegają zmętnieniu.

Z tych przytoczonych jakoby swoistych objawów najczęściej budzą zaufanie 1, 2, 4 i zwłaszcza 7.

Wszystkie powyższe objawy często mogą zawodzić. Najpewniejszym okazuje się ROENTGEN. SPANNAUS pod względem rozpoznawczym jeszcze wyżej od prześwietlania promieniami ROENTGEN'a stawia laparotomię próbną. Z podanej jednak przez niego kazuistyki widać, że nawet po laparotomii chirurg łatwo może przeoczyć przewężenia wysokie podprzeponowe, które jednak stanowią o celowości operacji. Rozpoznanie żołądka klepsydrowego przed stosowaniem promieni R. uchodziło za rzecz trudną. Jednakże MOYNIHAN i bez promieni R., skoro już rozpoznał pierwszy przypadek żołądka klepsydrowego, z następnych 16-u rozpoznawał z pewnością 14. I w klinice wrocławskiej połowę operowanych przypadków rozpoznano bez R.

Co do rokowania, to najczęściej bywa złe, o ile chory nie podda się operacji. Do najniebezpieczniejszych powikłań należą: przedziurawienie i skręcenie (*volvulus*) odcinka odźwiernikowego.

Operacja daje dość wysoką odsetkę śmiertelności. W klinice wro-

łańskiej 25,8%, u innych chirurgów 12 do 13%, ale i od 22 do 33%, zależnie głównie od metody obliczania.

Najczęściej dokonywano gastroenterostomii (w klinice wrocławskiej 20), rzadziej wycięcia lub rezekcyi przewężonego miejsca (5 razy), gastro- i pyloroplastyki (4 razy), gastroanastomozy (2 razy). Wycięcie i rezekcja powodują ogromny ubytek ścian żołądka. Stosować je należałoby przedewszystkiem tam, gdzie chodzi o wrzód stwardniały (*ulcus callosum*); operacja jest trudna, a zwłaszcza usuwanie zrostów żołądka.

Gastroanastomoza daje śmiertelność bardzo małą (5%). Wskazaną byłaby, gdy odcinek odźwiernikowy większy jest od wpustowego, zwłaszcza dla tych przypadków, gdzie przewężenie przeciąga krzywiznę wielką ku górze i dzieli żołądek na 2 torby, blisko siebie leżące, a zrostów żołądka niema i odźwiernik jest wolny. Operacja ta jednak naraża często na ponowną laparotomię.

Gastroplastykę (przecięcie żołądka w kierunku osi z nałożeniem szwu pionowego) próbowano tam, gdzie zwężenie było małe, sąsiednia tkanka zdrowa, odcinek wpustowy niezbyt wielki. Gastroplastyka, jak to było podane, daje małą śmiertelność.

III. Ambulatorya dla dzieci w świetle liczb.

W sprawie organizacyi pomocy higieniczno-leczniczej dla dzieci Warszawy.

Opracował

Dr Jan Bączkiewicz.

Rzecz czytana na posiedzeniu sekcji szpitalnej Warsz. Tow. Hygien. 15. lutego 1912 r.).

(Dokończenie. — Patrz № 12).

Odnośne cyfrowe dane z ksiąg ambulatoryum wewnętrznego zebraliśmy za lat 10, biorąc za podstawę do obliczeń tylko dzieci do $\frac{1}{2}$ roku, gdyż dziecko wyżej $\frac{1}{2}$ roku może, a nawet powinno już być dokarmiane, z natury więc rzeczy należy do kategorii dzieci o żywieniu mieszanem (patrz tablicę na str. 347).

Z obliczeń naszych wynika:

- 1) że przedewszystkiem z dzieci, uczęszczających do ambulatoryum, 20 % przypada na dzieci niżej $\frac{1}{2}$ roku (na 26,447 przypada 5,341 dzieci niżej $\frac{1}{2}$ roku, co stanowi 20 %.)
- 2) że z tych 20 % w $\frac{1}{3}$ ubogie matki bądź nie są w stanie, bądź nie mogą wyłącznie dzieci karmić piersią, a więc $\frac{1}{3}$ część maleńkich dzieci do $\frac{1}{2}$ roku dostaje krowie mleko.

Dr Roszkowski na własnym materyale, dotyczącym 4,450 dzieci, doszedł prawie do tych samych wniosków, mianowicie: że więcej, niż połowa dzieci do 7-go miesiąca karmiona jest wyłącznie piersią. Jeżeli wziąć pod uwagę, że podkarmienie lub wyłącznie sztuczne karmienie pociąga

Wykaz dzieci do 1/2 roku, przynoszonych do ambulatoryum wewnętrznego w ciągu lat 10-u, według kategorii żywienia.

Rok	Ogólna liczba chorych	Liczba dzieci do 1/2 roku	Karmionych tylko piersią N	Dokarmianych mlekiem M	Karmionych tylko sztucznie A	% N	% M	% A
1899	2570	458	363	65	30	79	14	7
1900	2587	557	375	140	42	67	25	8
1901	2787	511	324	141	46	63	28	9
1902	2884	627	372	203	52	60	32	11
1903	2848	520	309	174	37	60	33	7
1904	2586	657	416	182	59	63	28	9
1905	2754	497	328	125	44	66	25	9
1906	2518	476	380	49	47	80	10	10
1907	2432	494	390	58	46	79	12	9
1908	2451	544	403	105	36	74	19	7
Razem	26447	5341	3660	1242	439	68	23	9

Uwaga: N znaczy alimentatio naturalis
M „ „ mixta
A „ „ artificialis

za sobą wydatki, co nie jest obojętne dla ludzi ubogich, to dojdziemy do wniosku, że nie lekceważenie obowiązków macierzyństwa, ale czarna konieczność zmusza ubogie kobiety do sztucznego żywienia, a więc brak sił, ewentualnie brak mleka, lub też konieczność pracy pozadomowej, bo bez tego niema egzystencji.

Powyższe cyfry i refleksye wprost narzucają wniosek o konieczności zorganizowania opieki nad niemowlętami i ich matkami w szerokim tego słowa znaczeniu. Powinny powstać instytucje „kropli mleka“, których zadaniem byłoby przede wszystkim popierać macierzyństwo, a powtórnie pomagać przy sztucznem żywieniu i niem kierować, tu się więc powinno łączyć to, co francuzi nazywają „consultations de nourissons“ z „gouttes de lait“.

Ponieważ przy sztucznem karmieniu niezbędna jest nie tylko dobroć mleka, ale skrupulatność i czystość, a nawet umiejętność w przygotowaniu mleka dla niemowląt, przeto nie tylko w celach filantropijnych, ale i zdrowotnych niezbędne są w różnych dzielnicach miasta stacye „kropli mleka“, któreby bądź darmo, bądź za pewną opłatą udzielały

dobrego mleka dla dzieci. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że nie tylko $\frac{1}{3}$ część dzieci do $\frac{1}{2}$ roku już jest sztucznie karmiona, lecz na 10,000 dzieci uczęszczających do ambulatoryum, jest 2,224 w wieku od $\frac{1}{2}$ roku do 1 roku, co razem $622 + 2,224$ wynosi 28 % dzieci, które powinny być dokarmiane lub karmione mlekiem krwiem, to potrzeba instytucji „kropli mleka“ staje się wprost widoczną.

Instytucje „kropli mleka“ nie mogą być wyłącznie oparte na filantropii, ale w pewnej mierze powinny należeć do zakresu działalności miasta. Miasto powinno dbać nie tylko o dobrą wodę i dobre produkty spożywcze dla swoich dorosłych mieszkańców, lecz w równej mierze dbać winno o dobre mleko dla dzieci, które też są jego obywatelami przyszłości. U wszystkich prawie narodów opieka nad niemowlętami jest przedmiotem troski nie tylko oddzielnych towarzystw, ale gmin i nawet państw. Dwa narody szczególniejszą rozwinęły w tym kierunku działalność: francuzi, przynaglani groźbą wyludnienia i węgry—żądzą rozmnożenia: u jednych i u drugich państwo opiekuje się dziećmi. Francuzi wydali szereg praw, dotyczących opieki nad niemowlętami i zorganizowali na ten cel szereg instytucji i organów państwowych. Stworzone i powołane przez nich do życia instytucje, mające na celu opiekę nad niemowlętami i popieranie macierzyństwa, stały się wzorowem dla innych społeczeństw, które aczkolwiek nie zatrwożone widmem wyludnienia, ale przerażone gromem śmiertelności dzieci przy wzmagającym się sztucznem żywieniu, podjęły szeroką działalność w kierunku opieki nad niemowlętami.

Węgry liczebnie naród nie wielki, pragnąc się rozrastać, rozwinęły nie tylko opiekę państwową nad niemowlętami, lecz nad wszystkimi nie tylko opuszczonemi, ale nawet potrzebującemi pomocy dziećmi do lat 15-u. Początek tej działalności przypada na rok 1903. W końcu października 1909 roku już 54,000 dzieci było na opiece państwowej, a wydatek państwowy wynosił w roku 1908 $6\frac{1}{2}$ miliona. Ponieważ dzieci utrzymywane są do lat 15-u, w przyszłości przewidywany jest na ten cel wydatek 18 milionów koron.

Niemcy również rowinęły w tym kierunku szeroką działalność.

Przedewszystkiem w Berlinie istnieje centralny państwowy instytut Kaiserin Auguste-Viktoria Haus do walki ze śmiertelnością niemowląt w państwie Niemieckiem, a zadaniem jego jest podawać nie tylko praktyczne w tym kierunku wskazówki, lecz zarazem opracowywać i naukowe zadania, związane z tą działalnością.

Wielkie księstwo Heskie w roku 1906 uchwaliło ufundować również centralny instytut opieki nad niemowlętami i macierzyństwem. Miasto Wiedeń daje rocznej subwencji 30,000 koron Towarzystwu Opieki nad niemowlętami, którego instytucje mogą służyć za wzór tego rodzaju zakładów i związanej z nimi działalności.

A u nas jak ta sprawa stoi? Aczkolwiek i my pod tym względem nie pozostaliśmy zupełnie w tyle, jednak nie możemy się pochwalić, abyśmy przodowali. Za zasługę poczytać należy Towarzystwu Hygienicz-

nemu, że nie tylko zapoczątko wanie, ale i rozwój „kropli mleka“ jest prawie wyłącznie dziełem jego instytucji i oddziałów. Pierwszą „kroplę mleka“ otworzył Instytut Higieny dzieci im. LENWAŁ'ów w Warszawie z inicjatywy ówczesnego dyrektora dra ROSZKOWSKIEGO; prawie jednocześnie powstała „kropla mleka“ w Łodzi z inicjatywy tamtejszego oddziału Towarzystwa Hygienicznego, a w latach następnych przy oddziałach Lubelskim, Kaliskim, oraz Częstochowskim w Dąbrowie.

Wszystkie te instytucje utrzymują się tylko drogą ofiarności publicznej, nie otrzymując zasiłków od miast.

Co do organizacji, zaznaczyć należy, że instytucje „kropli mleka“ nie powinny być otwierane w ambulatoriach i wogóle w instytucjach leczniczych, gdyż dzieci głodnych nie można zbierać tam, gdzie gromadzą się dzieci chore i to często z chorobami zakaźnymi.

Gdyby zaś stacje „kropli mleka“ ze względów ekonomicznych (oszczędność placu — budowy) miały się mieścić przy instytucjach leczniczych, to powinny zajmować zupełnie oddzielne pomieszczenie.

Instytucje „kropli mleka“ powinny być prowadzone przez lekarzy i pod ich kierunkiem.

Tylko lekarz może ocenić, czy matka nie może karmić własną piersią swego dziecięcia, czy wolno jej zaniechać obowiązków macierzyństwa, tylko lekarz może ocenić, ile mleka i jak przyrządzonego potrzeba dla dziecka, czy dany rodzaj żywienia dla dziecka jest wystarczający? Instytucja „kropli mleka“ nie może być składem do sprzedawania, czy udzielania mleka dla niemowląt, musi być instytucją higieniczną lekarską, opartą na zasadach higieny i dietyki dziecięcej, a przede wszystkim popierającą i podtrzymującą macierzyństwo, a więc karmienie piersią matki.

Tylko lekarz może dać wskazówki matce, jak się ma odżywiać, aby mogła podnieść sprawność swoich gruczołów mlecznych; z drugiej znowu strony tylko lekarz może kontrolować i od czasu do czasu dawać wskazówki co do sztucznego żywienia, dlatego też w instytucjach „kropli mleka“ pożywienie dla dzieci powinno być nie tylko wydawane, ale kontrolowana jego skuteczność, jako środka odżywczego; jednym słowem — instytucja „kropli mleka“ powinna być prowadzona pod kontrolą naukową lekarza.

Dzieci z ambulatorium, czyto potrzebujące lepszego odżywiania, czyto ze względu na stan kiszki, wymagające specjalnego odżywiania, mogłyby być odsyłane do stacji „kropli mleka“.

Tak zorganizowane i szeroko pojęte instytucje „kropli mleka“ mogłyby skutecznie zapobiegać charłactwu i śmiertelności dzieci ubogich.

O ile instytucje „kropli mleka“ będą pomocą dla tych matek, które karmić nie są w stanie, to dla tych, które zajęte cały dzień pracą w fabrykach, zmuszone są do zaniedbywania obowiązków macierzyństwa, konieczne są przy fabrykach, na wzór urządzonych w Łodzi, żłobki, w którychby dzieci matek pracujących w fabrykach pozostawały pod

opieką wykwalifikowanych pielęgniarek i były karmione piersią przez same matki, peryodycznie uwalniane na pewien czas od pracy.

Podobnie jak ambulatoria dla dzieci, tak i oddziały „kropli mleka“ (stacje) powinny być rozrzucone w różnych dzielnicach miasta, ażeby ułatwić ubogim matkom dostęp do nich.

Jeden centralny instytut „kropli mleka“ mógłby zasilać wszystkie stacje, któreby służyły tylko do udzielania porad i wydawania pomocy niemowlętom i matkom.

W sprawie oddziałów dla niemowląt dodać winien jestem, że są one niewątpliwie bardzo potrzebne, nie w tej jednak mierze, co we Francji, gdyż tam nie tylko brak jest dzieci, ale jest i upadek macierzyństwa. W tych razach, gdy niemowlę zupełnie jest porzucone przez matkę, rolę opiekuna spełnia u nas Dom Wychowawczy im. BOBUENA, a w miarę rozwoju szpitali dla dzieci powinny powstawać u nas choćby niewielkie dla niemowląt oddziały, któreby istotne potrzeby lecznicze tych dzieci zaspokoić mogły.

Na podstawie powyżej zebranego materiału statystycznego i refleksji, dochodzimy do przekonania, że dla Warszawy potrzebne są nie tylko instytucje lecznicze, jak ambulatoria, lecz i instytucje zapobiegawcze, profilaktyczne, jak stacje szczepienia ospy i „kropli mleka“. Aczkolwiek nie jest pożądanem, a nawet wykluczonem, żeby 3 te instytucje mogły się mieścić w jednym budynku, to jednak jest możliwe i dopuszczalne, ażeby 3 te instytucje mieściły się na jednym placu, lecz w oddzielnych budynkach pod jednym zarządem; tym sposobem mógłby powstać instytut higieniczno-leczniczy, któryby 3-m powyższym zadaniom odpowiadał.

Przechodząc teraz do strony praktycznej omawianego przedmiotu, postawiłbym następujące 3 wnioski:

1) Ponieważ w Warszawie z górą 100,000 dzieci ubogich korzysta z pomocy ambulatoryjnej, ponieważ wśród tych dzieci około 60% przypada na niemowlęta, które znów matki niechętnie oddają do szpitala, a natomiast wyłącznie prawie leczą w ambulatoriach; ponieważ istniejące ambulatoria pod względem urządzeń nie odpowiadają nie tylko kardynalnym zasadom higieny, lecz nie zapobiegają, a przeciwnie sprzyjają szerzeniu się infekcyi, nadto ponieważ ambulatoria wymagają odrębnej od szpitali organizacyi lekarskiej i służbowej, przeto otwieranie wzorowych ambulatoryów dla ubogich dzieci w Warszawie staje się koniecznem, szczególnie w 4-ch jej dzielnicach najwięcej pozbawionych tej pomocy, mianowicie: na Pradze, w okolicy rogatek Powązkowskich i Mokotowskich i na Powiślu.

Stawiając wniosek powyższy, proponuję, ażeby Wydział Szpitalny Tow. Higienicznego zechciał wniosek ten w drodze właściwej poprzeć w Wydziale Szpitalnym Magistratu, ewentualnie w instytucyi samorządnej.

2) Uznając konieczność urządzenia w różnych dzielnicach naszego miasta wzorowych stacyi szczepienia ospy (nie przy szpitalach), Wydział wystąpi z odpowiednim wnioskiem na drodze właściwej dowładz miejskich, ewentualnie samorządnych.

3) Ponieważ w walce ze śmiertelnością dzieci — dobrze zorganizowane instytucje „kropli mleka“, jako przedewszystkiem popierające macierzyństwo w szerokim tego słowa znaczeniu, odgrywają pierwszorzędną rolę i są już dziś przedmiotem zabiegów wszystkich społeczeństw kulturalnych, przeto popierałbym wniosek, aby Wydział szpitalny wyłonił Delegacyę Opieki nad niemowlętami, z tym jednak warunkiem, aby taż Delegacya nie tylko dążyła do praktycznego urzeczywistnienia rozwoju opieki nad niemowlętami, ale także opracowywała związane z tym celem zadania naukowe.

PIŚMIENNICTWO.

1. Dr E. HOFMOKL und Baurat B. PIEKNICZEK. Wiener Heilanstalten. Wien 1910 2. Dr A. WÜRTZ. Säuglingsschutz durch Staat, Gemeinden und Private innerhalb des deutschen Sprochgebiets. Stuttgart 1910. 3. Dr A. KELLER. Ergebnisse der Säuglingsfürsorge. z. I. Leipzig u. Wien 1908. 4. Dr N. BEREND. Die Ursachen der Säuglingssterblichkeit in Ungarn. Leipzig u. Wien 1911. 5. Dr A. KELLER. Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in England und Schottland. Leipzig u. Wien 1911. 6. Dr A. EPSTEIN. Ueber Kinderschutz und Volksvermehrung mit besonderer Beachtung der Verhältnisse in Böhmen. Wien u. Leipzig 1910. 7. Jahresbericht des Vereines Säuglingsschutz für das Jahr 1907. Wien. 8. Dr S. ICORD. L'Alimentation des nouveau-nés. Paris. 9. J. ROUVIER. Precis d'hygiene de la premiere enfance. Preface du dr P. BUDIN. 10. Dr M. ROSZKOWSKI. O potrzebie rozpowszechnienia instytucji zwanej „Kroplą mleka“. Zdrowie 1905. 11. Dr M. ROSZKOWSKI. W sprawie żywienia niemowląt w Warszawie. Zdrowie 1908. 12. Magistrat Miasta Warszawy (Wydział Dobroczyńności Publicznej). Księga Pamiątkowa 1908—1909 r. 13. Sprawozdanie za r. 1910 z działalności Instytutu Hygieny dziecięcej. 14. Sprawozdanie z działalności szpitala Anny Maryi w Łodzi. 1907—8. 15. Otczot o sostojanii narodnawo zdrawia za 1909 r. Petersburg. 16. „Zdrowie“ 1910 - 1911. (Sprawozdanie z oddziałów Tow. Hygienicznego).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

→ 0 ←

40. Stern H. (Nowy York). O niektórych europejskich wodach mineralnych.

HENRYK STERN—lekarz niemiecki osiadły w Ameryce — na posiedzeniu lekarzy nowoyorskich scharakteryzował kilka znanych powszechnie miejscowości leczniczych (Nauheim, Wiesbaden, Schwalbach, Elster i Homburg). Autor zatytułował swój odczyt rzutem oka na sprawy zakulisowe (*Some European spas—a peep behind the scenes*) i traktuje przedmiot w sposób felietonowy, jednak wypowiada pogląd tak charakterystyczny, że warto go streścić.

Powagi lekarskie w ciągu dość krótkiego czasu, powiada autor, kazały

Nauheim'owi zmieniać „skórę“ już trzy razy. Przed laty odbywano tu pielgrzymki dla leczenia reumatyzmu, od r. 1870 uważano Nauheim za niezawodne lekarstwo na t a b e s, teraz wędrują tam tłumy rzeźwistych lub urojonych kardypatów. A wody Karlsbrunnu nie się nie zmieniły—mają tę samą ciepłość i skład ten sam. Zawartość CO₂ jest w Karlsbrunnie większa, niż w źródle Fryderyka Wilhelma, ale niewątpliwie mniejsza niż w Soolsprudel (Kissingen), niż w Soolbrunnen (Soden), niż w Elisabethbrunnen (Homburg), niż w Salzquelle (Pyrmont), a d w a r a z y m n i e j s z a od ciepłego Soolsprudel w Soden. Nie przekonywające to porównanie, jeżeli CO₂ ma być g ł ó w n y m m a g n e s e m współczesnego Nauheim'u.

Nie SCHOOTT, jak mylnie twierdzą niektórzy, lecz prof. BENEKE z Marburga zaczął uważać Nauheim za Eldorado dla chorych sercowych. Z początku nie znanow Nauheim'ie innej metody leczniczej, jak tylko metodę OERTEL'a (kuracya terenowa), będącą zresztą i wtedy w modzie w całym tuzinie zakładów leczniczych w Niemczech. Na wątej podstawie CO₂ i gimnastyce szwedzkiej oparła się cała sława Nauheim'u. Czy myślący lekarz może przypisywać jakiś trwalszy wpływ kuracyi terenowej w Nauheim'ie na chorobę serca? Nawet lekarze nauhajmscy nie mają tych złudzeń. Toteż niemieccy chorzy stanowią małą, tylko odsetkę gości kąpielowych w Nauheim'ie (zwachali szczura — *they have smelled a rat*—jak mówi przysłowie ludowe). Ci rekrutują się przeważnie z Rosyi, Anglii i Ameryki. Cudzoziemcy rzadko jadą wprost do miejsca kąpielowego, gdyż są kierowani przez domowych lekarzy do wziętych konsultantów w miastach uniwersyteckich. Ci zaś, jak zapewnia STERN, mają cichych współników we wszystkich miejscach kąpielowych. „Medycyna, powiada, tak się uprzemysłowiła w mojej ojczyźnie“ (*medicine is commercialized in the Fatherland*), co popiera faktami. Dzielenie się honoraryami lekarzy kąpielowych z konsultantami jest tajemnicą publiczną, praktykuje się we wszystkich niemieckich miejscowościach kąpielowych, gdzie jest więcej, niż pół tuzina lekarzy.

Wiesbaden jest pięknym miastem i najwięcej uczęszczanem ze wszystkich zdrojowisk i miast-pensjonatów (*pensionopolis*) germańskich. Tu spędzają resztki swych dni bankierzy, przemysłowcy, wyżsi urzędnicy cywilni i wojskowi, a miejscowy stan lekarski ma do rozporządzenia przez cały rok 200,000 chorych. Ta okoliczność uniezależnia tutejszych lekarzy od stosunków handlowych (*bussiness connection*) z powagami lekarskimi więcej, niż to ma miejsce w małych miejscowościach leczniczych. Wiesbaden ma swoje powagi miejscowe i w kwestyach naukowo-lekarskich zajmuje stanowisko przodujące. Tu się odbywają coroczne zjazdy lekarskie medycyny wewnętrznej, tu mieszkał FRESSENIUS, znakomity chemik, który zwrócił na miejscowe wody uwagę świata naukowego. Dobrze znane źródło wibadańskie — Kochbrunnen ma ciepłość 155,5 F. z głównym czynnikiem—chlorkiem sodu. Miejscowe siły lekarskie już się nie zachwycają tym Kochbrunnenem, ale strzegą się jak ognia „żeby nie zabijać gęsi, która niesie złote jajka“ (*kill the goose that lays the golden eggs*), bo Kochbrunnen jest dotychczas fetyszem tutejszych gości kąpielowych. Wiesbaden obfituje w specjalistów błon śluzowych wszelkiego typu, a chociaż każdy z nich zaleca wodę miejscową w tej lub innej postaci (dla usprawiedliwienia pobytu chorego w tej miejscowości), to jednak rzeczywiście dobrodziejstwa dla zdrowia chorych spływają nie drogą leczenia balneologicznego. Kilka doskonałych prac z patologii i leczenia podagry wyszły z Wiesbaden'u „ale, powiada autor, nie mogę sobie wyobrazić, jaki związek ma łagodne źródło chlorku sodowego z leczeniem

podagry. W leczeniu tejże Kochbrunnen gra tylko rolę przypadkową“. Aix-la-Chapelle (Akvizgran) ma szeroką sławę co do metody leczenia syfilisu, ale jeżeli Akvizgran ma sławę, to Wiesbaden ma z tego korzyść (*while Aachen has the name, Wiesbaden has the game*). Wiesbaden wykradł, jak Prometeusz, iskrę z Akvizgranu i zastosował metody jego u siebie, tak że faktycznie syfilityczna klientela Wiesbaden'u jest liczniejsza, niż w Akvizgranie. Pociąg ma kto kłaść na siebie pieczęć syfilityka w Akvizgranie, kiedy może figurować wśród 50,000 cierpiących na błony śluzowe w Wiesbaden'ie. Wiesbaden jest liberalniejszy pod względem taksy w stosunku do innych zdrojowisk. Nic na tem jednak nie traci wobec tego, że każdy miejscowy obywatel płaci za wszystko o 10% taniej niż goście, których bywa corocznie do 100-u tysięcy.

L a n g e n - S c h w a l b a c h jest zdrojowiskiem damskim, gdzie się spotyka dużo Angielek. Sławę swoją zawdzięcza Schwalbach wodzie żelazistej, która zawiera 0,08‰ dwuwęglanu żelaza i 1,570 ctm. sz. CO₂ na 1,000 części wody. Nie tyle jednak ta dość słaba woda, ile spokój, świeże powietrze, dyeta i zabiegi wodolecznicze wpływają dodatnio na zdrowie chorych. Nudno tu i sztywnie, nie tak jak w Elster lub Franzensbadzie, gdzie jest więcej ruchu i temperamentu. Znaczna część dam przyjeżdża tu dla pozbycia się „niepłodności“ i (to im się nieraz udaje.

H o m b u r g jest najbardziej eleganckim (*fashionable*) i najdroższym zdrojowiskiem w Niemczech. Źródło Elisabethbrunnen zawiera znaczną odsetkę CO₂, tę samą ilość soli kuchennej co Nauheim, a w dodatku trochę wapnia, dwuwęglanu żelaza i chlorku litynu; źródło Stahlbrunnen oprócz dwuwęglanu żelaza zawiera nieco soli kuchennej i dość znaczną ilość CO₂. Spotykamy tu 2 typy chorych — z zachorzeniami kiszkowemi i cierpiących na niedokrwistość. Przez długi czas Homburg był ulubionem miejscem arystokracji angielskiej. Publiczność niemiecka rzadko tu przyjeżdża i wogóle nie spotyka się tu ludzi poważnie chorych.

Pewien wzięty internista, który długi czas mieszkał w sąsiednim Frankfurcie, chciał stworzyć z Homburga coś pośredniego między Kissingen a Karlsbadem, ale mu się to nie udało. Homburg zamało jest uposażony od natury, ażeby mógł przyciągać poważnie chorych do praktykujących tu lekarzy, nie mających za sobą tak zwanych dzieł naukowych. Ci ostatni zaś o to się nie troszcza, nie stworzyli żadnego specjalnego „homburskiego“ systematu leczenia, bo i bez tego im tu dobrze: obowiązki łatwe, honorarya wysokie i... dużo szans zostania prywatnym lekarzem jakiego udzielnego księcia z możliwością podróżowania po całym świecie lub zdobycia jakiej bogatej angielski.

Autor uznaje całą wartość zdrojowisk i miejscowości leczniczych, poddaje tylko ostrej, może zanadto złośliwej, krytyce przesadne wychwalanie własności leczniczej samych źródeł i to „uprzemysłowienie“ medycyny, które często mija się z etyką i spuszcza z oka dobro chorych.

P.

(*Monthly Cyklopedia. Philadelphia, februar 1912*).

41. Lewin L. Niebezpieczeństwa, grożące od stosowania alkoholu metylowego i innych wyskoków.

42. Hirschberg Jul. O zatruciu wódką metylową.

43. Foerster. O działaniu wyskoku metylowego.

Streszczane tu prace ukazały się wskutek masowego zatrucia, jakie miało niedawno miejsce w jednym z przytułków berlińskich; początkowo

przypuszczano, iż zatrucie to nastąpiło od spożycia zepsutej kielbasy, dopiero po wielu dniach wyjaśniło się, iż istotną przyczyną był alkohol metylowy. Wszystkie więc te prace mają na celu wskazanie na wielką szkodliwość wysokoku metylowego i domagają się od rządu wprowadzenia dokładnego sprawdzania sprzedawanych trunków, czy nie posiadają one szkodliwych składników wysokokowych.

LEWIN, omawiając od dawna znany pogląd, iż jednowartościowe alkohole są tem szkodliwsze, im wyżej leży ich punkt wrzenia oraz im więcej zawierają w sobie węgla (co nie dotyczy jedynie alkoholu metylowego, który jest szkodliwszy od etylowego), zwraca uwagę, że według niektórych autorów i alkohol metylowy ulega temu prawu, gdyż jest on jakoby mniej szkodliwy od etylowego. Sam autor przekonał się jednak, że wysokok metylowy jest szkodliwszy od etylowego i w doświadczeniach zwierzęta po kilkorazowym otrzymaniu nieznacznych dawek, giną, po znacznym obniżeniu ciepłoty ciała i zapadzie w szybszym czasie, niż od alkoholu etylowego.

Większej jadowitości dowodzą też ciekawe doświadczenia z wstrzykiwaniem w rozwijające się jaja kurze różnych alkoholów; okazało się bowiem, iż obecność wysokoku etylowego wywoływała potworności w 34,93%, metylowego zaś — w 65,04% badanych zarodków. Wreszcie znane są liczne przypadki zatrucia wśród ludzi i to nie tylko po wprowadzeniu wysokoku do żołądka, ale i drogą wdychania pary jego podczas pracy w różnych dziedzinach przemysłu. Zwłaszcza szkodliwym jest alkohol metylowy dla oczu; z innych objawów występują zwięźlenie, bole i zawroty głowy, bole żołądka i brzucha, dreszcze, poty, bole mięśni i krzyża, niezwykła śpiączka, wreszcie zapad. Zwykle istnieje pewien okres inkubacyjny (około 24-ch godzin), poczem występują różne objawy, zwłaszcza oczne. Te ostatnie są nader indywidualne i mogą się wyrażać bądź w zapaleniu śluzowym spojówki, bądź w znacznie cięższych postaciach, jak w zmianach źrenic, uszkodzeniu akkomodacji, zwięźnieniu pola widzenia, ciężkich niedomaganiach zdolności widzenia aż do całkowitej ślepoty. Dno oka u ślepych wskutek zatrucia może być z początku zupełnie normalne i dopiero po pewnym czasie następuje zapalenie nerwu wzrokowego, prowadzące do zaniku. Raz tylko zanotowano wyzdrowienie po zatruciu wyskokiem metylowym; niekiedy następuje nieznaczna poprawa. LEWIN dochodzi więc do wniosku, że pod pewnymi względami alkohol metylowy jest znacznie szkodliwszy od etylowego i dlatego też domaga się od rządu, aby wprowadzono surowe kary za dodawanie do napojów wysokokowych lub materiałów spożywczych alkoholu metylowego, jak to od dawna ma miejsce w Anglii (kara od 500 do 1,000 rubli i zniszczenie szkodliwego towaru).

Drugi autor, HIRSCHBERG daje w swej pracy bardzo dokładny rys historyczny spostrzeżeń klinicznych nad zatruciem alkoholem metylowym oraz badań doświadczalnych, dokonanych w tym kierunku. Pierwsze spostrzeżenia kliniczne datują jeszcze od r. 1876, i dotyczą dwu więźniów, z których jeden zmarł dnia następnego w stanie nieprzytomnym, drugi zaś od dawna pijał stale niewielkie ilości wysokoku metylowego i znosił go zupełnie dobrze, lecz raz po wypiciu $\frac{1}{2}$ litra wody z beczułki, w której znajdował się przedtem lakier, dostał natychmiast bólów głowy, palenia w żołądku, wymiotów, wystąpiły nań poty, zapad, następnego dnia oślepl. Od tego czasu opisano wiele pojedynczych przypadków oraz masowych zatruc w Stanach Zjednoczonych (w r. 1899), przedsięwzięto badania doświadczalne na zwierzętach (HOLDER w Nowym Yorku, BIRCH-HIRSCHFELD w Lipsku i inni), znajdując zawsze szko-

dłiwe działanie alkoholu metylowego na oczy; okazało się przytem, że zanim zachoruje nerw wzrokowy, następują widoczne zmiany w zwojach siatkówki, polegające na znikaniu chromatyny, wakuolizacji zarodki oraz kurczeniu się komórki i jądra komórkowego. W r. 1904 znowu przychodzą wieści o licznych przypadkach zatrucia alkoholem metylowym w Ameryce i w Rosyi (w Dorpacie); w 1904 r. następuje masowe zatrucia na Węgrzech od spożycia fałszowanego rumu: w krótkim przeciągu czasu zmarło przeszło 70 osób, z których kilka osób wypilo zaledwie 1 do 2 łyżeczek rumu. Alkohol metylowy działa bowiem trująco już w nieznaczných ilościach (8 gr., dawka śmiertelna wynosi 30 gr.).

W ostatnich czasach opisywano pojedyncze wypadki otrucia w Rosyi (NATANSON w Moskwie, SENKOWICZ w Kazaniu, KASSAS pod Brześciem, gdzie z 15-u gości weselnych 10 osób ciężko zachorowało, a z tych ostatnich 4 zmarły) oraz w Stanach Zjednoczonych; wreszcie nastąpiło znane masowe zatrucie w Berlinie. Na podstawie więc obfitego materiału klinicznego, z którego przytoczyliśmy tylko najważniejsze dane, HIRSCHBERG dochodzi do wniosku, że o ile wśród ludności, pijącej wódkę, wystąpi jakieś zatrucie, związane z bólem głowy i żołądka, wymiotami, oszołomieniem, szerokimi źrenicami, z częstem osłepnięciem, a niekiedy nawet z przypadkami śmiertelnymi, wtedy należy pomyśleć przedewszystkiem o zatruciu alkoholem metylowym i starać się o natychmiastowe usunięcie źródła zatrucia.

W trzeciej streszczanej tu pracy autor jej, FOERSTER daje na wstępie rys historyczny, który tu, rzecz prosta, opuszczamy, poczem przechodzi do rokowania. Jest ono niepewne, przypadki bowiem z bardzo ciężkim przebiegiem wchodzą niespodziewanie w okres pomyślniejszy i kończą się wyzdrowieniem; odwrotnie—nieraz lekki stan chorego ulega nagle zupełnemu pogorszeniu; dotyczy to nie tylko ogólnego stanu zdrowia, ale i stanu oczu. Przechodząc do leczenia, które polegać winno na płukaniu żołądka, wlewaniach do odbyticy, stosowaniu środków drażniących, przytacza autor zdanie STADELMANN'a, iż płukanie, które odbywa się zresztą w niezwykle ciężkich dla chorego warunkach wskutek uczucia suchości w gardle i ciągłej duszności, mało może przynieść mu korzyści, gdyż choroba zaczyna się zwykle w 2—3 dni po spożyciu alkoholu metylowego, a więc w żołądku trucizny już niema; odpowiedniejszym jest już, wskutek występującego zwykle wstrzymania, środek przeczyszczający (według STADELMANN'a dobrze działa morfina). Dla leczenia ślepoty zalecają autorzy amerykańscy jod, rtęć, strychninę, pilokarpinę.

Dalej zastanawia się FOERSTER nad badaniami doświadczalnemi i spostrzeżeniami klinicznymi, z których wynika, że chociaż alkohol metylowy teoretycznie nie powinien być jadowity, działa jednak szkodliwie, przytem jedne osoby, pijące ten sam trunek, pozostają zdrowe, inne ślepną lub nawet umierają. Dziwne to zjawisko KOBERT tłumaczy idyosynkrazją niektórych ludzi. — Nie ulega jednak wątpliwości, że na różnych ludzi alkohol metylowy z tego samego naczynia, spożyty w takiej samej ilości, działa rozmaicie — czasami obojętnie, czasami śmiertelnie. Niezwykle doniosłą rolę odgrywa—według FOERSTER'a -- w tych razach stan przewodu pokarmowego; jako jeden z dowodów, przemawiających za tem, przytacza autor doświadczenie, z którego wynika, że po spożyciu alkoholu etylowego na czczo wykrywano go w moczu w ilości 7 razy większej od tej, jaką znajdowano po użyciu go po jedzeniu; lecz nie zgadza się to znów ze spostrzeżeniami klinicznymi (na co zwraca uwagę sam FOERSTER), iż właśnie po obfitych posiłkach (weselach i t. p.) występowały nieraz liczne zatrucia.

Wreszcie przechodząc do ostatniej katastrofy berlińskiej, FOERSTER zwraca uwagę na fakt, iż udało się wykryć alkohol metylowy w niektórych częściach ciała u osób zmarłych od zatrucia, pomimo iż objawy choroby wystąpiły dopiero w 48—72 godz. po spożyciu trucizny; dla rozpoznania zatem ma to znaczenie doniosłe.

(*Mediz. Klinik.* 1912 Nr. 3) — (*Berl. kl. Wochenschr.* 1912 Nr. 6) — (*Münch. mediz. Woch.* 1912 Nr. 5).

Stefan Sterling.

44. A. Müller. Wyniki badania przedmiotowego w reumatyzmie mięśniowym.

Klinika reumantyzmu mięśniowego należy do najciemniejszych rozdziałów patologii. Żadne inne cierpienie nie wywołało tylu najsprzecznějších sądów. Lekarze—interniści żywią naogół pewną, jeżeli tak można powiedzieć, niechęć do tego cierpienia, uważając je za chorobę bez danych przedmiotowych i dlatego częstokroć zamiast wyrażenia „*rheumatismus musculorum*“ używają nazwy „*myalgia*“. Do przeciwnego obozu należą lekarze-masażyści, którzy za objaw charakterystyczny dla omawianego cierpienia uważają wyczuwalne „nacieczenia“ w mięśniach i używają nazw: *infiltratio musculi*, *myitis* albo *myositis* z dodaniem lub bez nazwy „*rheumatica*“. Różni jednak autorzy co innego pojmują pod każdą z nazw poszczególnych, wskutek czego w dziedzinie omawianej panuje jedyny w swoim rodzaju chaos, tem bardziej pożałowania godny, że chodzi tu o cierpienie bodaj najczęstsze ze wszystkich.

Autor na podstawie długoletniego doświadczenia dochodzi do wniosku, że dokładne badanie mięśni, zajętych sprawą gościcową, daje wyniki zupełnie konkretne, i opisuje je w sposób następujący.

Co się tyczy techniki badania chorych mięśni, — jedyną zaś metodą badania jest i może być tylko palpacya, — to uwzględnić należy 3 następujące warunki, bez których zachowania omacywanie mięśni daje wyniki fałszywe: 1) skóra powinna być nie tylko wilgotną, ale wprost ociekać; w tym celu należy ją albo polać oliwą lub innym tłuszczem płynnym, albo dobrze namydlić; obie te procedury natrafiają jednak w praktyce na pewne trudności, i dlatego autor do zwilżenia skóry najczęściej używa naparu z ziół karragenu, który ma tę zaletę, że po skończonem badaniu zaraz zastyga, tworząc cienkie błonki, które łatwo dają się usunąć bez zanieczyszczenia skóry i bielizny; 2) badać należy zawsze całą muskulaturę, a nie tylko ten mięsień lub grupę mięśni, w których chorzy uczuwają ból; w ten sposób ułatwiamy sobie odróżnienie mięśni zdrowych od chorych; 3) mięsień w danym momencie badany musi znajdować się w stanie zupełnego spokoju, a więc rozkurczu; należy więc, o ile można, zbliżyć do siebie oba punkty przyczepu danego mięśnia i ewentualnie sprowadzać skurcz odpowiednich mięśni-antagonistów; ogólną najwygodniejszą w tym celu pozycyą jest leżenie na boku (nie naznak) z lekko przyciągniętymi kończynami.

W ostrym gościcu mięśniowym badanie obiektywne stwierdza 5 objawów następujących: ból przy ucisku, niemożność wykonania odpowiednich ruchów, napięcie ogólne, obrzmienie i miejscowe podniesienie ciepłoty. Najważniejszym objawem jest wzmożone napięcie, które autor proponuje ochrzcić nazwą „*hypertonus*“ (w przeciwieństwie do napięcia normalnego *tonus musculi*, — który jest terminem fizyologicznym). Ow *hypertonus* stanowi o tem, że mięśnie schorzone mogą być twarde, jak deska (np. w *lumbago*), niemożność zaś wykonania ruchów i ból przy ucisku są

prostym skutkiem tego najważniejszego objawu, którego w żadnym przypadku nie brakuje. Pozostałe dwa objawy — obrzmienie i miejscowe podniesienie ciepłoty — są również stałe, nie w każdym jednak przypadku można je z równą łatwością stwierdzić. W $\frac{1}{3}$ części przypadków ostrego reumatyzmu mięśniowego bywa również (według LORENZ'a) i ogólne podniesienie ciepłoty. Opisywane przez różnych autorów t. zw. „przykurczenia odruchowe“ lub „przykurczenia z obawy“ mięśni zdrowych, które jakoby osłaniają głębiej leżące mięśnie chore, — są niczem innym, jak tylko wzmocnionem napięciem mięśni, — i te właśnie mięśnie są chore. Potwierdzenie tego poglądu znajdujemy w dalszym przebiegu cierpienia, ostry bowiem napad gościa mięśniowego rzadko kiedy przechodzi bez śladu, najczęściej zaś przechodzi w stan przewlekły, w dodatku ze skłonnością do ciągłych nawrotów napadów ostrych.

W okresie podoстрыm i przewlekłym można stwierdzić wszystkie powyższe objawy okresu ostrego, tylko w stopniu znacznie mniejszym, często jednak większości z tych objawów brakuje, nie brakuje jednak nigdy objawu wzmoczonego napięcia. W tych jednak przypadkach, kiedy stopień cierpienia jest bardzo nieznaczny, objaw ten wykryć można tylko przy bardzo starannem zachowaniu trzech wyżej wymienionych warunków omacywania. Oprócz wzmoczonego napięcia (i bardzo często pozostającego nieznacznie obrzmienia) spotykamy w przewlekłym reumatyzmie mięśniowym jeszcze 2 objawy, których w napadzie ostrym tego cierpienia nie bywa: są to t. zw. „stwardnienia włókien“ i „guziki przyczepowe“.

Owe stwardnienia włókien (*Faserverhärtungen*), opisywane wielokrotnie jako „blizny reumatyczne“, „guziki mięśniowe“, „nacieczenia“ i t. p., dawały zawsze dużo tematu do sporów: interniści zgodnie zaprzeczali ich istnieniu, masażyści opisywali je przeważnie jako „nacieczenia“, a więc stwardnienia w postaci guzków, guzów, lub wałeczków. Dokładne badanie wykazuje, że owe „nacieczenia“ 1) przedewszystkiem istnieją prawie zawsze, 2) mają postać podługowatą i 3) wyczuwają się na całej długości mięśnia od przyczepu do ścięgna. Innemi słowy, owe „nacieczenia“ i „guziki“ nie są niczem innym, jak tylko częścią włókien samego mięśnia, częścią twardszą od innych i bardziej przy ucisku bolesną. Dalsze badanie wykazuje, że bardzo często obok stwardnienia głównego, które od razu przy macaniu imponuje, wyczuć jeszcze można w tym samym mięśniu kilka innych również twardych grup włókien. Stąd wniosek, iż owe „guziki“ czy „nacieczenia“ są tylko objawem, że cały mięsień jest chory, i to objawem, którego obecność nie jest bezwzględnie konieczną. Może się bowiem zdarzyć, że „nacieczenie“ będzie bardziej równomiernie rozlane po całym mięśniu, i wtedy włókien stwardniałych nie będzie można wyczuwać. W przebiegu przewlekłego reumatyzmu mięśniowego stwardnienie włókien przestaje się wyczuwać i wtedy, gdy wskutek chwilowego obostrzenia cierpienia zwiększa się obrzmienie i napięcie, wzmoczenie bowiem obu tych objawów zakrywa tamten objaw; po ustąpieniu obrzmienia, ewentualnie po dostatecznym zmniejszeniu się napięcia, stwardnienie włókien znowu występuje z całą wyrazistością. W tem znajdujemy wyjaśnienie, dlaczego w ostrym gościcu mięśniowym objawu tego nie spotykamy. Bolesność stwardniałych włókien bywa rozmaita, naogół są one przy ucisku bolesniejsze niż inne, bardziej miękkie części danego mięśnia. Również rozmaicie przedstawia się stosunek między obecnością tych stwardnień a występowaniem bólów samoistnych, w każdym jednak razie stwardnienia nie są jedyną

przyczyną bólów, bardzo często spotyka się bowiem stwardnienia bardzo znaczne, które choremu nie sprawiają żadnej dolegliwości.

„Guziczki przyczepowe“ (*Insertionsknötchen*), dotąd przez nikogo jeszcze nie opisane, są to małe okrągławe twory, wielkości od ziarna drobnego piasku do ziarnka grochu, twarde jak kość i niezmiernie przy ucisku bolesne i wyczuwalne wyłącznie w przyczepach mięśni. Znajdują się one w pewnym związku do napięcia mięśnia, lekki bowiem ich ucisk wywołuje (oprócz szalonego nieraz bólu) wzmoczenie napięcia, wskutek czego wyczuwalność guzików tych znika, w dalszym zaś ciągu mocne naciśnięcie usuwa napięcie mięśnia, i guziczki znowu wyraźnie występują. Z tego powodu rozumiałem jest, dlaczego wykrycie guziczek przyczepowych nie jest łatwe, na zasadzie jednak doświadczenia autor sądzi, że w reumatyzmie przewlekłym istnieją one stale, podczas gdy stwardnienia włókien mogą nie być obecne. W okresie goścca ostrego obecność ich zakrywa znaczne obrzmienie i wzmoczenie napięcia, prawdopodobnem jest jednak, że wtedy właśnie guziczki te zaczynają się wytwarzać. W wielu jednak przypadkach guziczki te wyczuwać można w mięśniach, które nigdy nie podlegały napadom goścca ostrego, a nawet u dzieci w 1-ym roku życia. Często więc są to twory wrodzone, poprzedzające objawy chorobne ze strony danego mięśnia.

Wyżej opisane objawy przewlekłego reumatyzmu mięśniowego — *hypertonus*, obrzmienie, stwardnienie włókien i guziczki przyczepowe — spotykają się nie tylko w tych mięśniach i grupach mięśni, które sprawiają choremu dolegliwości, lecz i w takich mięśniach, które nie są i nigdy nie były siedliskiem cierpienia. W mięśniach tych dolegliwości mogą wystąpić każdej chwili, jak tego pouczają niejednokrotne spostrzeżenia, i fakt ten dowodzi niezbitości istnienia reumatyzmu mięśniowego skrytego, względnie usposobienia, czy też skazy reumatycznej. Są ludzie, którzy regularnie raz lub dwa razy do roku (czasem nawet częściej) zapadają, na przykład, na *lumbago*, — u ludzi tych w czasie, wolnym od napadu stwierdzić można w mięśniach lędźwiowych powyższe zmiany charakterystyczne. Skaza reumatyczna nie jest więc pojęciem nieokreślonym, jak inne skazy, którymi zajmują się patologia, lecz ściśle określonym stanem mięśni, który skonstatować można każdej chwili.

Z pośród wszystkich objawów przedmiotowych goścca mięśniowego wzmoczone napięcie chorego mięśnia jest objawem najważniejszym i dla stopnia cierpienia miarodajnym. Wszystkie inne objawy — obrzmienie, miejscowe podniesienie ciepłoty, wyczuwalne stwardnienia — częstokroć nie idą w porze ze skargami chorego, napięcie jednak mięśni jest zawsze tem większe, im więcej dolegliwości chory odczuwa, i odwrotnie. Wzmoczone napięcie jest nadto objawem stałym, spotykamym we wszystkich okresach cierpienia. W związku ze wzmoczeniem napięciem znajduje się jeszcze jeden objaw goścowy, spotykany stale, a mianowicie, wzmoczenie pobudliwości mięśniowej. Wzmoczoną pobudliwość stwierdzić łatwo przy omacywaniu chorego mięśnia — wyczuwa się wtedy, jak pod palcami uciskane włókna mięśniowe twardnieją, podczas gdy mięsień zdrowy pozostaje zawsze jednako miękki. Wzmoczona pobudliwość chorego mięśnia objawia się nie tylko wobec bezpośredniego dotykania, ale i wobec wszelkich podnieć, na które mięsień fizyologicznie reaguje. Tak na przykład, przy ruchach czynnych i biernych powstaje skurecz, który w pewnych warunkach (nagły silny ruch) potęguje się aż do tęcza, i tem tłómaczy się powstawanie tak zwanego „postrzału“ wskutek „podźwignia się“, kurczów w łydkach i t. d. Również nadpobudliwym jest mięsień

chory względem wahań ciepłoty, szczególnie względem wilgoci i zimna, nadto zaś względem dłuższej trwającej innerwacji, co tłumaczy takie zjawiska, jak ból mięśni sztywnych po dłuższym nachyleniu głowy, tak zwany kurcz pisarski i inne. U niektórych osobników stwierdzić można specjalną nadpobudliwość mięśni względem, na przykład, podnieć psychicznych (przestrach, wzruszenie), akustycznych (wystrzał), chemicznych (alkohol) i innych. Nadto często bardzo spotyka się nadpobudliwość paradoksalną, mianowicie—względem spokoju; wiadomo bowiem, że kurcze występują nieraz w nocy, kiedy żadne podnieć na mięśnie nie działają. Z faktem tym zawsze liczy się terapia gośca mięśniowego, która nie zaleca absolutnego spokoju, lecz dostosowaną odpowiednią ilość ruchu (ginnastyka lecznicza, masaż).

Z powyższego widać, że oddziaływanie mięśnia chorego na wszelkie podnieć zmienione jest i ilościowo i jakościowo. Wszelkie wahania tego oddziaływania patologicznego idą zawsze równoległe z wahaniami napięcia, sam bowiem „*hypertonus*“ nie jest przecież niczem innym, jak tylko lekkim stałym skurczem mięśnia. Mięsień chory posiada więc tę kardynalną charakterystyczną cechę, że oddziaływa dłużej, niż trwa podnieć; innymi słowami, nie jest w stanie rozkurczyć się w całej pełni, pozostając ciągle w stanie wzmożonego napięcia.

K. Oczesalski.

(*Zeitschrift. f. klin. Mediz.*, 1911, t. 74, z. 1—2, str. 34—73).

Przegląd bibliograficzny.

TADEUSZ JAROSZYŃSKI. **O metodzie psycho-analitycznej Freud'a i jego teorii powstawania nerwic na tle zaburzeń płciowych.** (Odczyt kliniczny. Serya XIX, Nr. 219 i 220, Wydawnictwo Gazety Lekarskiej).

Autor wziął na siebie zadanie zaznajomienia ogółu lekarzy z całościem metody FREUD'a, która na Zachodzie stała się głośną i wywołała tyle sprzecznych opinii. Zadanie to trudne, ze względu na zawziętość samej metody i na ten fakt, że teoria psychoanalizy nie jest jeszcze opracowana do końca, lecz podlega ciągłej ewolucji. Chcąc być obiektywnym, a nie znużyć czytelnika, autor ograniczył się do podania tych poglądów FREUD'a i jego uczniów, które stanowią najważniejszy przyczynek do nauki o nerwicach.

Autor rozpoczyna od zwięzłego opisu pierwszych spostrzeżeń FREUD'a i BREUER'a (1880), które stały się punktem wyjścia ich teorii i doprowadziły do kilku wniosków podstawowych, a mianowicie: 1) objaw historyczny jest uwarunkowany przez pewne wzruszenia, doznane w chwili urazu, 2) niewyzwolona energia uwięzionego wzruszenia podlega k o n w e r s y i, t. j. przeistoczeniu się w nienormalne objawy chorobowe, 3) ponowne przeżycie utajonego podświadomego wzruszenia prowadzi do usuwania objawów (metoda katartyczna, t. j. oczyszczająca). Opisał dalszą ewolucję teorii FREUD'a pod wpływem nauki JANET'a o rozdwojeniu osobowości, odrzucenie hipnotyzmu dla wywoływania wspomnień z przeżytych wzruszeń, autor przechodzi do przedstawienia metody psychoanalitycznej, o b e c n i e przez FREUD'a stosowanej. Wy-

dobywanie z chorego na jawie (bez hipnozy) wszelkich odnoszących się do jego życia psychicznego wspomnień i wzruszeń, właściwa ich interpretacja—oto cała trudność stosowania metody FREUD'a. FREUD przywiązuje np. bardzo wielkie znaczenie do samych wzruszeń i poddaje te ostatnie szczegółowej analizie, nieraz bardzo dziwacznej. Dalej idzie psychoanaliza podań ludowych i dzieł sztuki oraz psychoanaliza niektórych objawów życia powszedniego. Psychoanaliza wskazana jest w nerwicach przewlekłych i tylko u osób dość inteligentnych; wymaga długiego czasu (pół roku, nawet roku). W krótkości podane są zarzuty, stawiane metodzie FREUD'a, i odparcie tychże przez niego samego.

Teorię płciowości FREUD'a—tę najślabszą i najbardziej krytykowaną część jego pomysłów—autor przedstawia z możliwą jasnością.

Dalszą część pracy zajmują poglądy FREUD'a na nerwice, które są w s z y s t k i e według niego pochodzenia p ł c i o w e g o. Rozróżnia on nerwice właściwe, do których zalicza neurastenię i wyróżnioną przez siebie nerwicę lękową (*Angstneurose*) oraz psychonerwice, jak histeryę i nerwicę psychiczną (*Zwangneurose*). Krótkiej analizie poddane są psychozy i przytoczone zapatrywanie FREUD'a na zapobieganie nerwicom.

Dodatkowo autor przedstawia zasady psychosyntezy BEZZOLI'ego, jednego z uczniów FREUD'a.

Na zakończenie w krótkich słowach wspomniano o surowej krytyce, z jaką się spotkała metoda FREUD'a ze strony bardzo poważnych uczonych, jak np. ZIEHEN'a który nazwał całą teorię FREUD'a bredniami (*Unsinn*). Winni temu są, według autora, niektórzy uczniowie FREUD'a, którzy przesłanki swego mistrza doprowadzali do absurdu. Autor jest zdania, że ostatecznego sądu o metodzie FREUD'a wydać jeszcze nie można. Psychoanaliza jest jedną z metod psychoterapeutycznych, stosowanych w leczeniu nerwic. O ile metody DUBOIS, DÉJÉRINE'a i innych zwracają się do d u c h o w e j strony chorego, starając się ją podnieść i uszlachetnić, o tyle metoda psychoanalizy służy do zbadania jego natury z m y s ł o w e j przez studia nad niższymi popędami człowieka i nad rolą, którą odgrywają w powstawaniu choroby. Psychoanaliza, to pewnego rodzaju „o c z y s z c z a n i e d u s z y“, t. j. wydobywanie nurtujących w głębi pożądań, które przez uświadomienie zostają zmniejszone.

Autor podaje spis prac FREUD'a i jego uczniów oraz piśmiennictwo polskie, tej sprawie poświęcone.

Całość czyta się łatwo; znać, że autor panuje nad trudnościami i ma ciągle na widoku jasne przedstawienie całej sprawy, dość zawiłej i zabarwionej jednostronnie. Chodzi mu nie o krytykę, lecz o przedmiotowe przedstawienie teorii FREUD'a. Zapewne, praca zyskałaby na głębszym krytycznym oświetleniu metody FREUD'a i szczegółowszym uwzględnieniu zarzutów, jakie jej były stawiane. Trzeba jednak przyznać, że rzadko gdzie można się spotkać z tak jasnym i treściwym wykładem tej metody, co ze względu na pożytek ogółu lekarskiego uważamy za zaletę pracy kol. JAROSZYŃSKIEGO bardzo ważną.

P.

Wiadomości bieżące.

— Doc. dr WŁADYSŁAW JANOWSKI, współwłaściciel naszego pisma, dawny sekretarz generalny Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, został wybrany na wiceprezesa tegoż Towarzystwa.

— Dr AUGUST KWAŚNICKI i prof. dr STANISŁAW CIECHANOWSKI (z Krakowa) zostali wybrani na członków honorowych „Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu“.

— Docent prywatny petersburskiego instytutu lekarskiego dla kobiet, SICIŃSKI został mianowany nadzwyczajnym profesorem akuszerji w Uniwersytecie warszawskim.

— W Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu wybrani zostali: na prezesa prof. JÓZEF ZIEMACKI, na wiceprezesa w wydziale lekarskim dr SZYMON DZIERŻGOWSKI, na sekretarza naukowego doc. SOWIŃSKI, na sekretarza administracyjnego dr WILAMOWSKI, na skarbnika dr ULIŃSKI i na bibliotekarza dr LEON JASTRZĘBSKI.

— Zarządzający lecznicą przemysłowców nafcianych w Baku, dr KOCZYŃSKI skazany został administracyjnie przez naczelnika miasta na 3 miesiące więzienia (bez zamiany na karę pieniężną) zato, że nie donosił we właściwym czasie policji o ranionym przestępcy, który zwrócił się do lecznicy o pomoc lekarską.

— W Tomsku pani KUCHTIERIN złożyła dla uniwersytetu jako ofiarę 80,000 rubli, z warunkiem dopuszczenia do uniwersytetu kobiet.

— W Norymberdze MARCIN BRUNNER, właściciel magazynu z dziełami sztuki, na pamiątkę 50-lecia istnienia firmy ofiarował miastu 50 tysięcy marek na cele walki z raką.

— Austriacki centralny Komitet zwalczania gruźlicy, celem spopularyzowania walki z gruźlicą, przedstawia w Wiedniu w kinematografie widoki uzdrowisk dla chorych gruźliczych, portrety lekarzy, zasłużonych w walce z gruźlicą, leczenie wilka, dane statystyczne, zmiany gruźlicze w różnych narządach i t. p. Taśmy te mają być rozesłane do wszystkich większych miast Austrii.

— W więzieniach saratowskich jest tak wielka śmiertelność na gruźlicę, zwłaszcza wśród więźniów. pochodzących z Kaukazu, że komitet więzienny powołał odnośnego specjalistę i urządził oddział więzienny dla tuberkulików.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 25-go lutego do 2-go marca r. b. do szpitali warszawskich przybyło 90 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 6, płonicą 5, błonicą 6, różą 8, tyfusem plamistym 14, tyfusem brzuszny 10, grypą 5, zapaleniem płuc 35 i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarły na choroby zakaźne w szpitalach 23 osoby, mianowicie: na ospę 3, tyfus plamisty 1, tyfus brzuszny 3, zapalenie płuc 15 i biegunkę krwawą 1; w całym zaś miesiącu zmarło 31 osób na choroby zakaźne, (nie licząc w to zapalenia płuc), mianowicie: na ospę 10, odrę 1, płonicę 2, błonicę 3, różę 3, tyfus brzuszny 3, tyfus plamisty 2, koklusz 6, i biegunkę krwawą 1.

W następnym tygodniu od dnia 3-go do 9-go marca przybyło do szpitali miejskich 103 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 12, odrą 1, płonicą 4, błonicą 3, różą 5, tyfusem plamistym 18, tyfusem brzuszny 3 i zapaleniem płuc 56.

W tym czasie zmarło w szpitalach 18 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 3, różę 1, tyfus brzuszny 4, tyfus plamisty 1 i na zapalenie płuc 9. W całym zaś miesiącu na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 13 osób, mianowicie: na ospę 4, płonicę 4, błonicę 1 tyfus brzuszny 2, tyfus plamisty 1, na koklusz 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 25-go lutego—3,298, 3-go marca—3,257 i 9-go marca—3,271.

Zmarli.

Dr WŁADYSŁAW ŚMIECHOWSKI, lat 77, w Warszawie.

Dr MARCELI ZAŃSKI, lekarz szpitala Św. Wojciecha w Mławie, żył lat 76.

SPROSTOWANIE. W N-rze 11 na str. 292 w wierszu 5-m od góry zamiast BRONIEWICZ winno być BRONIEWSKI.

W N-rze 12-ym w pracy kol. ZEMBRZUSKIEGO str. 312, wiersz 30-y od góry, zamiast na 67-y dzień powinno być na 6-y; str. 318, wiersz 19 i następne, zamiast autorzy widzą... wspominają... czytali — powinno być: autor widzi... wspominał... czytał.

Do numeru niniejszego dołącza się jako dodatek bezpłatny dla wszystkich odbiorców ogłoszenie o wydawnictwie dra St. SERKOWSKIEGO „Mleko i Mleczarstwo”.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LĘKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, k wartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracji otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2; rocznie w Warszawie i za rub. 2.40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, $\frac{1}{2}$ str. rub. 11 $\frac{1}{4}$ str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, $\frac{1}{2}$ str. rub. 8, $\frac{1}{4}$ str. rub. 4.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metzł i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Löhner, Grossbeerstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46, Boulevard Barbès.

Administracja (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.