

# GAZETA LEKARSKA.

## I. O LECZENIU GRUŻLICY PŁYNEM KOCH'A.

Zebrał

K. Chełchowski.

Przeszło trzy miesiące upłynęło od czasu, jak w licznych klinikach i szpitalach zaczęto leczyć gruźlicę płynem Koch'a, przeszło pięć od pierwszych prób samego Koch'a nad chorymi. Pomimo tak krótkiego czasu, kwestyja znaczenia leczniczego tego płynu ma już za sobą całe dzieje. Łatwo w nich odróżnić dwa wyraźne okresy. Pierwszy rozpoczęły próby samego Koch'a w Charité, gorączkowe wyczekiwanie lekarskiego, zwłaszcza zaś nielekarskiego ogółu, wreszcie pierwsza publikacyja Koch'a. Pomimo bardzo oględnego charakteru sprawozdań FRAENTZEL'a i KOEHLER'a o płynie Koch'a, nastąpiły niemożliwe do urzeczywistnienia oczekiwania, pisma lekarskie zasypano mnóstwem entuzjastycznych artykułów z opisem gorączkowo rozpoczętych spostrzeżeń, rozszerzono wskazania do użycia płynu, podane przez Koch'a, zuchwale przekraczano dawki, zalecone przez niego, odrzucono wszelkie przeciwwskazania. Z wystąpieniem VIRCHOW'a, dnia 7 Stycznia r. b., rozpoczął się okres drugi. Głosy optymistów stopniowo milkną. Natomiast pod wodzą VIRCHOW'a coraz głośniejsz odzywa się krytyka, coraz surowsza i namiętniejsza, wykazując ciemne strony nowego środka. Znalazła ona obfity materiał, dostarczony przez lekkomyślne postępowanie lekarzy w wyborze chorych do leczenia i w dawkowaniu. Nawet w ścisłych i sumiennych spostrzeżeniach i sprawozdaniach, na dokonanie których brakowało poprzednio czasu, czuć teraz pewien odcień podejrzliwości. Tu i owdzie zaczynają wychwalać dawne metody leczenia gruźlicy, wahają się, czy nie zaprzestać prób z nowym środkiem. Dzisiaj pesymizm doszedł do szczytu, a los płynu Koch'a jest trudniejszy, niż jakiegokolwiek innego środka; po krańcowych bowiem oczekiwaniach i nadziejach, którym nie mógłby odpowiedzieć nietylko już płyn Koch'a, ale żaden lek, jaki kiedykolwiek ludzkość odkryje, trudno liczyć na bezstronną ocenę.

Z zamętu tego nieprędko jeszcze wypłynie prawda. Dziś widać tyle tylko, że 1) Koch wytknął całkiem nową drogę w leczeniu gruźlicy, która nie wiadomo nawet, jak daleko nas naprzód posunąć może. Medycyna otrzymała od niego do rozporządzenia środek silniejszy i działający wcale inaczej od wszystkich znanych dotychczas, środek, który wywołuje gorączkę, wywiera potężny wpływ na

ogniska gruźlicze, często je leczy i usuwa. Zgodzą się na to wszyscy, zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy Koch'a. 2) Z drugiej natomiast strony widzimy niezaprzeczenie, że płyn ten nie jest środkiem niewinnym, że nieraz bywa niebezpiecznym dla leczonego ustroju, że dzisiejszą jego wartość leczniczą przecenił zrazu nie tylko ogół, ale i sam Koch, że wypadnie ją znacznie ograniczyć.

Działanie płynu Koch'a. Płyn Koch'a, wstrzyknięty w odpowiedniej ilości osobom gruźliczym, wywołuje szereg przypadłości miejscowych i ogólnych, stanowiących tak zwany odczyn. Na obraz odczynu miejscowego składają się: 1) szybko przemijający ostry stan zapalny w ognisku gruźliczym i jego otoczeniu, oraz 2) pewne zmiany następce, wywołane w ognisku tem zapaleniem. Odczyn ogólny jest to jakby krótka choroba zakaźna, powstająca po wstrzyknięciu płynu. Porównywano ją z *febris ephemera* [SENATOR] i z influencją [FUEBRINGER]; odróżniano w niej nawet okresy, przyjęte w chorobach zakaźnych: *stad. incubationis, prodromorum etc.*

Odczyn miejscowy. Olbrzymia większość piszących zgadza się, że wspomniany wyżej szybko przemijający odczyn zapalny właściwy jest niemal wyłącznie tylko ogniskom gruźliczym. Ogniska chorobowe, dotknięte sprawą inną, niegruźliczą, takiego odczynu zapalnego nie dają. Wyjątek od tego ogólnego prawidła stanowią trąd i wilk różycowy (*lupus erythematosus*). O odczynie miejscowym w obu tych chorobach będzie mowa niżej. Tu wspomnę tylko, że wilka różycowego wielu uważa za sprawę gruźliczą, na blizkie zaś pokrewieństwo gruźlicy i trądu wskazywano już oddawna. Po za temi dwiema chorobami o odczynie miejscowym niegruźliczym wspominają jeszcze: KAPOSI (*sarcoma, ulc. gummosa, syphilis recens*), HAHN (*sarcoma*), KOERTE (*actinomycosis* u gruźliczej), BILLROTH (*actinomycosis*), ALSBERG [przetoka ropna torbieli skórzastej], KORCZYŃSKI [wzmoczenie objawów fizykalnych w płucach u niegruźliczych]. Te kilka wyjątków, które się trafiły wśród całego mnóstwa odnośnych spostrzeżeń, musiały zależeć od jakichś wyjątkowych warunków. Trzeba tu uwzględnić jeszcze i to, że już sama gorączka [odczyn ogólny] może wywołać przekrwienie rany, lub powierzchni granulacyjnej, obfitszą z nich wydzielinę [NEISSER], a takich zmian zbyt sumienny obserwator nie powinien brać za jedno z odczynem miejscowym po wstrzyknięciu, zwykle rażącym, wybitnym.

Nie wszystkie jednak ogniska gruźlicze dają miejscowy odczyn zapalny, zwłaszcza zaś nie wszystkie — równie silny. Dla miejscowego odczynu danego ogniska koniecznym jest, żeby się doń dostała bodaj minimalna ilość działającej substancji; koniecznym więc jest udział danego ogniska w ogólnej przemianie materji, związek jego z obiegiem soków. Oczywiście więc ogniska świeże, zawarte w tkance bogatej w naczynia, dadzą odczyn silny [gruźlica mózgu, płuc, błon śluzowych, skóry na twarzy]. Silniejszy też będzie odczyn powierzchni granulacyjnych, przetok, owrzodzeń. Daleko słabszej natomiast reakcji, lub żadnej nie możemy oczekiwać w otorbionych starych ogniskach, lub w otoczonych tkanką bliznową ubogą w naczynia, albo prawie beznacyniową. Słabym więc, lub żadnym będzie odczyn zapalny w zastarzałych postaciach wilka, w starych obrzmieniach gruczołów chłonnych, w sadłowatych ubogich w naczynia ogniskach gruźliczych stawów i kości.

Tę zależność odczynu miejscowego od odżywiania danego ogniska gruzliczego stwierdzają wszystkie spostrzeżenia i wszyscy piszący. Wiedział o niej dobrze już i Кочн, charakteryzując ją niezbyt może szczęśliwem wyrażeniem, że płyn jego działa tylko na żywą tkankę gruzliczą.

W starych bliznowych ogniskach odczyn miejscowy występuje dość często dopiero po dłuższem stosowaniu wstrzykiwań. Widocznie pierwsze niedostateczne, jakby poronne pobudzenia zapalne torują tu dopiero drogę dla późniejszego wyraźnego zapalenia.

Odczyn miejscowy niewszędzie równie dobrze można zauważyć. Im powierzchowniej będzie ognisko gruzlicze, tem dostępniejszym jest dla naszych zmysłów. To-też najdogodniejszą dla obserwacji odczynu miejscowego jest gruzlica skóry i dostępnych dla oka błon śluzowych.

Mamy tu wszystkie główne cechy zapalenia (*rubor, tumor, calor, dolor, functio laesa*) i wszystkie w wybitnym stopniu. Zaczzerwienienie dochodzi do ciemno-czerwonej barwy, do wybroczyn i obfitego krwawienia. Obrzmienie powiększa rozmiary chorego miejsca, czasem nawet kilkakrotnie, a sięga daleko poza granice ogniska gruzliczego. Może ono doprowadzić do tak silnego napięcia, że następuje zamknięcie istniejących otworów [zatkanie nosa, otworów przetok, zwężenie wejścia do krtani]. Przy ognisku na podniebieniu twardem lub wyrostku zębodołowym może dojść do chwiania się, nawet wypadania zębów. Owrzodzenia w obrzniętym otoczeniu wyglądają jakby zapadnięte, a dno ich wypukła się. Reagujące w ten sposób miejsce jest bardzo wrażliwe na ucisk, ciepłota jego podniesiona.

Obok wspomnianych objawów zapalnych, widzimy i wysięk: na błonach śluzowych i powierzchniach granulacyjnych zwiększoną wydzielinę [ślinotok, nieustanny wypływ z nosa]; na skórze — mniejsze i większe pęcherzyki, oraz płyn surowiczy, który przez popękany naskórek sączy się na powierzchnię i zasycha w czarne lub białe strupy. Tu i owdzie widać punkciki ropne, zebranie ropy pod strupem. Na owrzodzeniach, na guziczkach błony śluzowej powstaje szarawy nalot.

Wszystko to stanowi dopiero pierwszą połowę odczynu miejscowego, ostre szybko przemijające zapalenie. Dopiero z ustaniem tego zapalenia spostrzegamy i drugą połowę odczynu. Ognisko gruzlicze już nie jest to samo: zapalenie wywołało w niem zmiany. Niektóre guziczki znikły, inne się zmniejszyły, w innych skóra się łuszczy, lub po odpadnięciu nalotu powstaje nowy nabłonek. Owrzodzenia się oczyszczają, przetoki powiększają i rozszerzają, granulacje się poprawiają. Tu i owdzie kawałek tkanki zropiał, lub obumarł. Krótko mówiąc: ze zniknięciem zapalnego odczynu zjawia się wyraźne dążenie do gojenia.

Oczywiście, choć cała ta sprawa ma wyraźnie charakter ostry, wymaga jednak pewnego czasu do swego przebiegu. To też odczyn miejscowy i wcześniej się zaczyna od ogólnego [o  $\frac{1}{4}$ —2 godzin] i często dłużej trwa: parę, kilka dni, a nawet 1—2 tygodni.

Nietylko dostępne dla naszych zmysłów ogniska gruzlicze oddziałują w ten sposób. Podczas odczynu uwydatniają się najdrobniejsze, lub głębiej położone guziczki w takich miejscach, gdzie skóra, lub błona śluzowa wyda-

wała się gładką i zdrową. Powtarza się to w każdym niemal przypadku. Podczas odczynu dają znać o sobie ogniska, położone w odległych okolicach ciała, których wcale nie podejrzewano. Choremu na wilka twarzy zaniedbano zbadać krtani; po wstrzyknięciu zjawia się groźna duszność: to guziczki wilka na nagłośni, o których wcale nie wiedziano, tak silnie obrzmiały, że zamykają prawie wejście do krtani [IRSAI]. Gdzie nie można się oryjentować, które miejsca już się goją, a w których gruźlica jeszcze trwa, tam odczyn miejscowy po wstrzyknięciu wytropi nawet ślady niepożądaney sprawy. Chirurgowi po operacji odczyn miejscowy wskazuje nieusunięte jeszcze miejsca gruźlicze. Blizny pogruźlicze często po wstrzyknięciu bolą, czerwienią się, wilgocią, pryszczą (*eczema impetiginosum*), nawet rozpadają, poczem następuje ponowne ich szybkie zagojenie.

Ogniska gruźlicze okostnej i kości zdradzają się podczas odczynu bólem, rzadziej obrzmieniem i zaczerwienieniem skóry nad niemi. Rzadko następowało ich rozmiękczenie i pęknięcie.

Gruźlica s t a ó w podczas odczynu daje ból i ograniczenie ruchów, czynnych i biernych. Wadliwe ułożenie kończyn, właściwe cierpienia danego stawu, wzmagają się. Często obok tego można stwierdzić wysięk do jamy stawu, powiększenie jego objętości, obrzmienie i zaczerwienienie skóry nad powierzchownemi stawami. Skoro stan zapalny przeminie, staw nie tylko wraca do dawnego stanu, ale często dawna bolesność i ograniczenie ruchów zmniejszają się. [Niekiedy jednak bóle wzmagają się i to tak dalece, że musiano się uciec do resekcji. КОЕРТЕ]. Otwierając jamę stawu po jednym lub kilku wstrzyknięciach, znajdowano w niej niekiedy strzępy obumarłej tkanki.

Tu i owdzie spostrzegano gwałtowny odczyn ognisk gruźliczych kostnych. ISRAEL donosi o przypadku, gdzie przy *coxitis tuberculosa* po kilku wstrzyknięciach nastąpiło dobrowolne złamanie szyjki kości udowej, ze skróceniem kończyny i wadliwym jej ułożeniem. W ten sposób dało znać o sobie rozległe choć nierozpoznane ognisko gruźlicze, które zajmowało szyjkę kości. W innym przypadku tenże autor dopiero po wstrzykiwaniach spostrzegał gruźlicę mostka, gruźlicę, która zniszczyła mostek na wskroś, dochodząc aż do śródpiersia przedniego.

G r u c z o ł y c h ł o n n e gruźlicze niezawsze oddziałują. Często jednak bolą i obrzmiewają podczas odczynu; rzadko się zdarza rozmiękczenie ich i pęknięcie.

O odczynie miejscowym w p ł u c a c h dają nam głównie pojęcie badania fizykalne i płwocina. Subiektywne przypadłości [kaszel, duszność, bóle i ciężkość w piersiach] często się zjawiają i u chorych gruźliczych ze zdrowemi płucami, a nawet i u niegruźliczych, jako następstwo gorączki [odczynu ogólnego]. Odczyn miejscowy w płucach gruźliczych obserwował bezpośrednio SONNENBURG. Otwierał on niektórym suchotnikom jamy wierzchołkowe, i dopiero gdy odczyn pooperacyjny przeminął, rozpoczynał wstrzyknięcia płynu КОЧ'а. Jama gruźlicza po wstrzyknięciach powiększała się [2—3 razy], zlewała z sąsiedniemi, dawała wydzielinę zgorzelinową, później ropną, wreszcie ziarninowała i goiła się.

I w płucach także się powtarza wyżej już wspomniana różnica pomiędzy przypadkami świeżemi i zastarzalemi. W pierwszych daleko prędzej można oczekiwać odczynu miejscowego, niż w ostatnich [NOORDEN].

Prawie każdy klinicysta spostrzegał po wstrzyknięciu płynu u wielu ze swoich suchotników zmiany wypukowe i wysłuchowe, czy to na miejscu znanych mu już i poprzednio ognisk, czy też w nowych miejscach, wcale dotąd niepodejrzanych. Znajdowane już i dawniej stłumienie po wstrzyknięciu wzmagają się i rozszerza się, przybiera odcień bębenny. W innym odległym miejscu uwydatnia się stłumienie, które dotąd nie dawało się wypukać. Ilość rzężeń znacznie się wzmagają, zjawiają się i tam, gdzie ich poprzednio nie było, charakter ich się zmienia. Rzadziej spostrzegano zmiany szmerów oddechowych: wystąpienie po raz pierwszy po wstrzyknięciu oddechu oskrzelowego, częściej już oddechu nieokreślonego, lub wydłużonego.

Wszystkie te objawy nowych jakby zgęszczeń szybko przemijają, czasem już z ukończeniem odczynu ogólnego, częściej po kilku dniach. Wyróżnia to je stanowczo od zdarzających się podczas leczenia płynem Koch'a powikłań. Te ostatnie [nowe ogniska gruźlicze, zapalenia płuc nieżytowe] daleko bardziej są uparte. Rozstrzygające też w tym względzie ma znaczenie czas, w którym dostrzeżono nowe zgęszczenie. Nacieczenie, zjawiające się po pierwszej lub po pierwszych wstrzyknięciach, niewątpliwie istniało już i dawniej; odczyn miejscowy uwydatnił je tylko. Zgęszczenia, występujące po późniejszych wstrzyknięciach, budzą raczej podejrzenie powikłania.

Nie tak już często spostrzegano podczas odczynu szmery tarcia opłucnej. W pojedynczych przypadkach widziano wysięk do jamy opłucnej, szybko powstający i znikający [LEYDEN, CORNIL, ESMARCH], odmę piersiową [LAZARUS, BIEDERT].

Płwocina zachowuje się różnie. Najczęściej podczas odczynu staje się obfitszą, zawiera dużo piany i przybiera cechy bardziej surowiczowo-słuzowej. W pojedynczych przypadkach ilość płwociny wzmagala się niezmiernie [5 razy np. więcej, niż zwykle. JARNATOWSKI], przybierała ona cechy tak zwanej *expectoration albumineuse*; w innych spostrzegano zmniejszenie płwociny [BURKHART, GUTTMANN]. GUTTMANN przypuszcza, że podczas odczynu zapalnego może nastąpić w obrzniętych drobnych oskrzelach zwężenie, a nawet zamknięcie ich światła, co utrudnia na razie wykrztuszenie. Dość często płwocina zawierała domieszkę krwi [GLUZIŃSKI nawet w połowie przypadków].

Stosunkowo często spostrzegano po wstrzyknięciu po raz pierwszy w płwocinie laseczniki gruźlicze, których dotąd nigdy w niej znaleźć nie można było. Zjawiały się one odrazu w wielkich ilościach. Kilkakrotnie powtarzało się to w przypadkach zapalenia opłucnej, jak się zdawało niepowikłanych gruźlicą płucną. Znajdowano też w płwocinie po raz pierwszy włókna sprężyste, cząsteczki tkanki płucnej. Nieraz płwocina, której dotąd wcale nie było, zjawiała się po raz pierwszy po wstrzyknięciu.

Wiele mówiono o zmianach, jakim mają ulegać laseczniki gruźlicze w płwocinie. Wiadomo, że sam Koch nie przyznawał swemu płynowi żadnego bezpośredniego wpływu na laseczniki; nie wykluczał przecież tego, że mogą one ginąć podczas leczenia wskutek złych warunków ich odżywiania. W myśl tego szukano form zwyrodniałych i opisywano laseczniki paciorkowate [podobne do streptokoków], biskopcikowe [ze zgrubieniem na końcach], ścięczałe, gorzej się

barwiące, całe ich gromadki zawarte w pojedynczych komórkach. Rzeczywiście wszystko to są laseczniki ginące, lub już obumarłe. Jednakże formy takie, znane już i dawniej, zdarzają się wszędzie tam, gdzie sprawa gruźlicza trwa przez czas dłuższy. Nie przekonano się zaś, żeby po wstrzyknięciach obumierających laseczników było o wiele więcej, niż poprzednio. W ostatnim czasie FEIGEL opisuje znowu jakby nową odmianę laseczników biszkopcikowych. Z powiększeniem ilości płwociny znacznie wzrasta i ilość zawartych w niej laseczników.

Jako odczyn gruźlicy k i s z e k, opisywano silną biegunkę z bolesciami, niekiedy z domieszką krwi i ze zwiększeniem ilości laseczników [KAATZER, FORLANINI]. Wspomniane objawy nie powtarzają się bynajmniej stale; biegunka i bóleści zdarzają się po wstrzyknięciu nawet i tam, gdzie gruźlicy kiszek wcale nie ma. Przewidywano z góry i obawiano się częstych przedziurawień kiszek po wstrzyknięciach. Praktyka nie usprawiedliwiła tych obaw. Nie mówiąc już o przedziurawieniu kiszek bezpośrednio po wstrzyknięciu, widzimy, że wogóle, podczas leczenia płynem KOCH'a, przypadków takich było mało [VIRCHOW, WEBER, B. FRAENKEL] względnie do mnóstwa suchotników, leczonych tą metodą.

Gruźlica d r ó g m o c z o w y c h dawała odczyn wyraźniejszy: bóle miejscowe, częste i bolesne oddawanie moczu, białkomocz, krew i zwiększenie ilości laseczników gruźliczych w moczu.

Przy gruźlicy o t r z e w n e j spostrzegano silne bóle, wzrost odczynowy ilości wysięku, następcze zmniejszanie się jego lub nawet wessanie.

Co się tyczy gruźlicy m ó z g u, to wszyscy jednoznacznie oczekują ciężkiego i niebezpiecznego w nim odczynu. I rzeczywiście sekcje wykazywały w takich przypadkach niesłychane przekrwienie [VIRCHOW, RÜTIMEYER, NAUWERCK]. SCHMIDT stracił chorego wśród objawów mózgowych bezpośrednio po wstrzyknięciu; EBSTEIN w przypadku prawdopodobnej gruźlicy mózgu widział ciężki stan padaczkowy.

W niektórych przypadkach gruźlicy kręgosłupa widziano wybitne objawy ucisku r d z e n i a: znieczulenia i porażenia, już to przemijające, nawet ze znaczną poprawą następczą [HAHN], już też stałe [CZERNY].

W gruźlicy u c h a średniego i wewnętrznego spostrzegano zwiększanie się wydzieliny i liczby zawartych w niej laseczników, poprawę słuchu.

W cierpieniach skrofulicznych ł ą c z n i c y i r o g ó w k i (*conjunctivitis et keratitis phlyctenulosa, ulcus corneae*) często widziano odczyn miejscowy [przekrwienie, zwiększenie wydzieliny, nowe pęcherzyki, oczyszczanie się wrzodu] i szybkie następcze wyzdrowienie. Donoszono jednak i o braku odczynu.

Dla przekonania się o istocie sprawy, zachodzącej podczas odczynu miejscowego, dokonano licznych b a d a ń d r o b n o w i d z o w y c h na kawałkach, wyciętych podczas odczynu lub w okresie gojenia się z wilka, z gruźliczych błon śluzowych i przetok, z blizn i t. p.. [RIEHL, CHIARI, JACOBI, ISRAEL, BROWICZ, KROMEYER, CORNIL, HANSEMANN, RINDFLEISCH, SCHIMMELBUSCH, ELSENBERG]. Wszyscy przeczą temu, żeby płyn KOCH'a wywoływał nekrozę koagulacyjną w ogniskach gruźliczych, jak to przypuszczał KOCH.

Wszyscy zgadzają się na to, że w kawałkach, wyciętych po wstrzyknięciach, widać z m i a n y z a p a l n e: przekrwienie, przepelnienie krwią drobnych zwa-

szcza żył, wakuole z wysiękiem surowiczym w siatce MALPIGHI'ego pod naskórkim, włókniak w przestrzeniach i szczelinach limfatycznych, nacieczenie drobnokomórkowe różnego stopnia w samych gruzelkach i w otaczającej tkance. Chcąc udowodnić nekrozę koagulacyjną, trzeba wykazać, że jądra przestały się barwić i ulegają rozpadowi [figury karyjolityczne], trzeba znaleźć przeistoczenie protoplazmy komórek w jednolite bezkształtne bryłki. Nic podobnego nie daje się widzieć.

Wszyscy się też zgadzają, że dość często zapalenie wzmaga się i przechodzi w ropne, krwotoczne, nawet w zgorzel. Zropienie najczęściej zdarza się w płucach, kiszkach i krtani, zgorzel w płucach i kiszkach [VIRCHOW].

Wspominaliśmy już, że pod wpływem leczenia płynem KOCH'a ogniska gruźlicze często się goją. Zgadzają się na to najzawzięci nawet przeciwnicy KOCH'a. Widać to we wszystkich prawie przypadkach wilka, w bardzo wielu przypadkach gruźlicy chirurgicznej, w gruźlicy błon śluzowych. Widać to i na sekcjach: w najrozpaczliwszych przypadkach z najgorszym przebiegiem. Obok ciężkich powikłań znajdowano zabliznione i wyraźnie gojące się wrzody kiszek, krtani i t. p. [GUTTMANN, VIRCHOW, RINDFLEISCH, NAUWERCK].

Badania drobnowidzowe gojących się ognisk wykazały różne drogi zablizniania. 1) Zgorzel lub zropienie chorej tkanki i następcze zagojenie. 2) Częściej już, mianowicie na owrzodzeniach gruźliczych, wysięk podczas odczynu zapalnego oczyszcza ognisko, zabierając z niego z sobą na powierzchnię wszystko to, co już zserowaciało, lub nie może utrzymać się przy życiu. Pozostała tkanka granulacyjna gruzelka przeistacza się w tkankę łączną i bierze udział w wytworzeniu blizny. Świadczą o tem resztki gruzelków [komórki olbrzymie], pozostające w bliźnie w pośród tkanki łącznej [RINDFLEISCH]. 3) Często wreszcie zagojenie przychodziło do skutku bez żadnego rozpadu. Guzik wilkowy np. zmniejszał się, dzielił się na mniejsze wskutek wnikania węł tkanki łącznej, wreszcie znikał [SCHIMMELBUSCH]. I tu w bliznach pozostałych po zanikłych guziczkach znajdowano w tkance łącznej albo ślady gruzelków [liczne komórki olbrzymie], albo wyraźne jeszcze gruzelki [komórki olbrzymie i nabłonkowe], uciśnięte tylko i spłaszczone [KROMAYER]. I tu więc gruzełek po części wgaja się w bliźnię, po części zanika od ucisku. Dodać trzeba, że SCHIMMELBUSCH nawet w zupełnie zagojonych napozór wrzodach znajdował w głębi gruzelki z lasecznikami.

VIRCHOW zajmuje odmienne stanowisko w tej kwestyi. Nie przypuszcza on, żeby gruzełek mógł zaniknąć, lub stopniowo się wessać. Płyn KOCH'a wywiera korzystny wpływ o tyle tylko, o ile wywołane przezeń zapalenie wysiękowe, odczynowe, przyspiesza rozpad mas gruźliczych. Przy zbiegu szczególnie przyjaznych warunków owrzodzenie może się oczyścić i zagoić, ustrój może się pozbyć szkodliwego ogniska. Zapalenie odczynowe już ze względu na swój charakter ostry nie sprzyja powstawaniu tkanki łącznej. Przeciwnie — przeszkadza ono przejściu młodej tkanki w bliznową, a często nawet niszczy tkankę zbitą, otarbiającą ogniska gruźlicze.

Na sekcjach nie znajdowano wcale odczynowych zmian w gruzelkach prosówkowych [VIRCHOW, HANSEMANN i inni]; płyn KOCH'a na

nie jakby nie działał. KROMAYER tłumaczy to tem, że gruźelki beznaczyniowe, jak wiadomo, stosownie do swego wieku mogą mieć otoczenie różnie unaczynione. Dokoła świeżych gruźelków naczyń krwionośnych nie ma wcale; dokoła starszych nieco powstają liczne naczynia; stare wreszcie gruźelki otacza zbita tkanka bardzo uboga w naczynia. To też płyn KOCH'a na bardzo młode lub bardzo stare ogniska nie działa wcale, lub bardzo słabo; głównie zaś — na drugi rodzaj ognisk z obficie unaczynionem otoczeniem.

Laseczniki gruźlicze, zawarte w strzępach, które uległy zgorzeli lub zropieniu pod wpływem zapalenia odczynowego, zachowują swe własności zakaźne [ISRAEL].

Odczyn ogólny. Na obraz odczynu ogólnego po wstrzykiwaniach składa się podniesienie ciepłoty ciała, oraz cały szereg przypadłości ze strony różnych narządów.

Odczyn miejscowy, jak widzieliśmy, stanowi wyłączną niemal właściwość ognisk gruźliczych. Inaczej się rzeczy mają z odczynem ogólnym. Całe mnóstwo spostrzeżeń stwierdziło wprawdzie, na ogół biorąc, zdanie KOCH'a, że osoby, dotknięte gruźlicą, bez porównania łatwiej i silniej oddziaływały gorączką na płyn KOCH'a, od niegruźliczych. Nie ma jednak w rzeczywistości pomiędzy jednymi i drugimi tej ostrej granicy, którą podawał KOCH: żaden lub bardzo słaby odczyn gorączkowy [do 38°] u niegruźliczych po 10 miligramach płynu KOCH'a, bardzo silny u gruźliczych po tej samej, a zwykle i po mniejszej dawce. Z jednej strony wielu suchotników, zwłaszcza w późniejszych okresach choroby, oddziaływa trudno i słabo nawet na większe dawki płynu KOCH'a. Natomiast zdarzają się dość często osoby niegruźlicze, które gorączkują po wstrzykiwaniach silnie [do 39, 40° C.], a oddziaływają nawet na małe dawki płynu [2, nawet 1 milgr]. O pojedynczych faktach tego rodzaju donoszono bardzo często [KOEHLER, LEYDEN, MAYDL, KAPOSI, SCHNITZLER, BAEUMLER, KORCZYŃSKI, SCHREIBER i inni]. Na większej liczbie osób niegruźliczych przeprowadził badania PEIPER <sup>1)</sup>.

Wielokrotnie zwracano uwagę na niestałość, różnobarwność odczynu ogólnego. Na tę samą dawkę nietylko różne osoby, ale jeden i ten sam chory oddziaływa rozmaicie: to wcale nie, to słabo, to bardzo silnie, to na pierwszy plan występowała gorączka, to inne towarzyszące jej przypadłości. Skarżono się, że odczynu przewidzieć niepodobna, że każdy przypadek, każde niemal wstrzyknięcie stanowi nowe doświadczenie. Uwagi te pochodziły głównie z pierwszych tygodni stosowania płynu KOCH'a. Dzisiaj daleko mniej słyhać o nich. Owa różnaitość odczynu zależała w znacznym stopniu od zbyt wysokich

---

<sup>1)</sup> Z 19 osób niegruźliczych znalazł on u 4 odczyn gorączkowy po 2 milgr.; z 21 — u 8 po 5 milgr.. Trzeba przyznać, że sprawa wrażliwości na płyn KOCH'a nie została dotąd ani wyjaśnioną, ani nawet dokładniej opracowaną pomimo mnóstwa tak zwanych wstrzykiwań próbnych. W pierwszych mianowicie tygodniach prób z płynem KOCH'a, owe wstrzykiwania próbne bynajmniej nie miały na celu sprawdzania twierdzeń KOCH'a. Lekarze ślepo w nie wierzyli i odrazu chcieli praktycznie je użytkować w celach dyagnostycznych. Zamiast wybierać więc do wstrzykiwań próbnych osoby z pewnością niegruźlicze, brali przypadki wątpliwe, podejrzane i, dopiero polegając na rezultacie wstrzykiwań, stawiali rozpoznanie.



i zbyt często powtarzanych dawek. Już i KOCH zalecał dawki wyższe i częstsze od używanych obecnie. Przepisy zaś jego w tym względzie często przekraczano i to nadzwyczaj śmiało. W pierwszych doniesieniach bardzo często słyszymy o wstrzykiwaniach codziennych, o wzniesieniach ciepłoty do 41° C., nawet 42° C. [LITTE], a wskutek tego i o częstych upadkach czynności serca (*collapsus*) i o pojedynczych przypadkach bezpośredniej śmierci po wstrzyknięciu. Przy ówczesnym sposobie postępowania bardzo często powtarzano wstrzykiwanie, zanim się ukończył odczyn gorączkowy po pierwszym. Przy ostrożnem, a zwłaszcza nie tak częstem wstrzykiwaniu, owa niestałość odczynu mniej już jest dzisiaj rażąca. Poznano przytem różne warunki, wpływające na charakter odczynu. Wspomniemy tu o jednym z nich. Natężenie odczynu ogólnego pozostaje w prostym stosunku do masy świeżych i postępujących ognisk gruźliczych, oraz do unaczynienia tkanki, zawierającej te ogniska. Gruźlica więc mózgu, płuc, błon śluzowych daje *ceteris paribus* silniejszy odczyn ogólny, niż wilk skóry. Sprawy gruźlicze niedawne dają odczyn silny; stare zaś otorbione ogniska, jeżeli obok nich nie ma świeżych, postępujących, słabo, lub wogóle nie oddziałują gorączką na płyn KOCH'a.

[C. d. n.]

Z ODDZIAŁU CHORYCH NERWOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE D-ra W. GAJKIEWICZA.

## II. Z DZIEDZINY HISTERYI.

Napisał

**Adam Wizeł,**

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 10].

**Spostrzeżenie III.** [Z oddziału chorych nerwowych D-ra W. GAJKIEWICZA]. Anamneza. Josek Szarfstein, lat 14, zapisał się do oddziału d. 29 Kwietnia 1890 r.. Pochodzi z rodziny zdrowej; nikt z całej rodziny, składającej się z rodziców, 4 synów i 3 córek, nie przechodził żadnej choroby nerwowej. Chory w dzieciństwie był zawsze zdrow [?]. 5 lat temu chorował na ospę i od tej chwili rozpoczyna się obecne cierpienie. Chory podczas zdrowienia uczył pewną trudność chodzenia. Chód jego stał się niezgrabnym, nogi zaczęły mu się płątać i krzyżować. Chory wskutek tego często się przewracał. Wada ta stopniowo wzmagala się coraz bardziej; leczenie pozostawało bez wpływu [2 lata z rzędu leczył się w Ciechocinku]. Gdy przybył do oddziału, choroba po pięcioletniem trwaniu przejawiała się w formie nader wyraźnej.

Stan terazniejszy. Chory stosownie do wieku jest wzrostu bardzo małego [128 ctm.] i wogóle nader słabo rozwinięty. Przy swoich karłowatych kształtach odznacza się nadto bezkrwistością. Twarz blada, szpetna, pokryta mnóstwem blizn [po przebytej ospie]. Umysłowo rozwinięty prawidłowo.

W narządach wewnętrznych żadnych nieprawidłowości nie ma. Łaknienie dobre. Czynność przewodu pokarmowego prawidłowa. W moczu nie ma białka i cukru.

Przy badaniu układu nerwowego okazało się, co następuje:

Palcami nóg chory ruchu żadnego nie wykonywał; prawa stopa zupełnie bezwładna, lewa wykonywała zgięcie grzbietowe, ale z trudnością i nieprawidłowo-

wo. Ruchy w stawach kolanowych i biodrowych słabe i utrudnione. Wyprostowane kończyny dolne unosiły się tylko do nieznacznej wysokości [ $\frac{1}{2}$  łokcia]. Po jakimś czasie i prawa noga zaczęła wykonywać zgięcie grzbietowe; teraz również okazało się wyraźnie, że w ruchu tym przyjmował udział tylko *m. tibialis anter.*, *mm. peronaei* zaś nie kurczyły się wcale, tak, że stopy unosiły się jedynie z wewnętrzznego brzegu. Ruchy odsiebne i ksobne wykonywał dolnemi kończynami, acz słabo, jednak sprawnie. Czucie skórne zarówno w dolnych kończynach, jak i w całym ciele jaknajprawidłowsze. Zmysł mięśniowy w zupełności zachowany: odruchy kolanowe bardzo żywe; z lewej strony udaje się wywołać lekki *clonus pedis*; z obu stron uderzenie w ścięgno ACHILLES'a powoduje odruch. Przy ruchach biernych opór cokolwiek wzmożony. Zaniku nie ma.

Żrenice równe i szerokie, oddziaływały na światło i akkomodację prawidłowo. Pole widzenia cokolwiek zwężone [w lewym oku również dla barwy czerwonej i niebieskiej]. Siła widzenia prawidłowa. Achromatopsyi nie było.

Smak z prawej strony silniejszy, niż z lewej. Powonienie z lewej strony znacznie zaostrzone. Słuch z obu stron prawidłowy.

Badanie prądem stałym i przerywanym zarówno nerwów, jak i mięśni, zmian żadnych nie wykazało. Mówiliśmy powyżej, że chory palcami nóg ruchu żadnego nie wykonywał, a stopy unosił tylko z wewnętrznej strony. Że fakt ten nie zależał od organicznych zmian w układzie nerwowym obwodowym, dowodem kilka danych poniższych, wyjętych z ogólnej sumy cyfr, otrzymanych przy badaniu strumieniem elektrycznym.

#### A. Badanie nerwów i mięśni prądem przerywanym.

	odległość cewek
<i>N. cruralis dexter</i> . . . . .	9
<i>N. peronaeus dexter</i> . . . . .	8 $\frac{1}{2}$
<i>M. tibialis anticus dexter</i> . . . . .	7
<i>M. extensor dig. com. dexter</i> . . . . .	6 $\frac{1}{2}$
<i>M. peronaeus long. dexter</i> . . . . .	6 $\frac{1}{2}$

#### B. Badanie nerwów i mięśni prądem stałym.

	Ilość elementów	M. A.
<i>N. cruralis dexter</i> . . . . .	KaSZ — 23	$\frac{3}{4}$
<i>N. peronaeus dexter</i> . . . . .	KaSZ — 32	1 $\frac{1}{2}$
<i>M. tibialis ant. dexter</i> . . . . .	KaSZ — 40	3
<i>M. tibialis ant. dexter</i> . . . . .	AnSZ — 45	4
<i>M. extensor dig. com. dext.</i> . . . . .	KaSZ — 40	3 $\frac{1}{2}$
<i>M. extensor dig. com. dext.</i> . . . . .	AnSZ — 45	5
<i>M. peronaeus long. dext.</i> . . . . .	KaSZ — 35	2 $\frac{1}{2}$
<i>M. peronaeus long. dext.</i> . . . . .	AnSZ — 45	5

Nadmienić prócz tego winniśmy, że charakter skurczu był normalny: szybki, błyskawiczny.

Poznawszy sprawność ruchową dolnych kończyn chorego podczas leżenia, zobaczymy, jak się zachowują czynności jego motoryjne przy innych pozycjach ciała. Gdy chory siedzi, wykonywa ruchy kończynami dolnemi zupełnie tak samo, jak wówczas, kiedy leży.

Przejęcie z pozycji leżącej do siedzącej przedstawia pewną trudność: chory pomaga sobie rękoma. Naśladowanie ruchów, właściwych czynności pływania, odbywa się z jaknajwiększą łatwością.

Na przyrządzie, służącym do zawieszania, podnosi się na rękach zręcznie i doskonale zgina uda i golenie.

Akt stania przedstawia dla chorego znaczną trudność. Gdy kazać mu stopy zbliżyć, ledwo kilka sekund może się utrzymać na nogach: natychmiast traci równowagę i przewraca się na jedną lub na drugą stronę; podczas stania w tej pozycji tułów pochyla się naprzód, głowa opada na dół.

Gdy stopy są oddalone od siebie, chory ustać może z większą łatwością, może nawet w tej pozycji utrzymać się kilka minut na nogach; atoli od czasu do czasu zatracą na moment równowagę, skutkiem czego zdaje się, iż grozi mu upadek; dzięki jednak wysiłkowi mięśni przeciwnych, odzyskuje szybko zagrożoną równowagę i wraca do pozycji pionowej.

Podczas stania stopy przyjmują pozycję, znaną pod nazwą: *pes valgus*. Zwłaszcza silnie to występuje na lewej stopie.

Stojąc, chory bardziej się opiera na lewej nodze [silniejszej], niż na prawej; prawa stopa cokolwiek uniesiona, pięta nie dotyka ziemi; jednocześnie tułów nieco pochylony w lewą stronę [a więc większa część ciężaru ciała pada na lewą kończynę], a lewy bark uniesiony ku górze.

Opierając się o jaki przedmiot, stoi zupełnie swobodnie.

Trzymając się za poręcz krzesła, wykonywa sprawnie wszystkie ruchy tułowiem: pochyla się naprzód, w tył, na prawo i na lewo. Bez oparcia wykonywa również te ruchy, ale o wiele ostrożniej i powolniej, zwłaszcza trudnym jest dla niego pochylenie się w tył. Jeżeli wszakże dotknie się zaledwie palcem jakiegoś przedmiotu, natychmiast nabiera śmiałości w swych ćwiczeniach gimnastycznych, wówczas z łatwością już przechyla się i w tył.

Stać na jednej nodze może, ale tylko przez nader krótki moment i łatwiej stoi na lewej kończynie. W pozycji tej wykonywa rękoma i tułowiem wiele ruchów kompensacyjnych dla utrzymania ciała w równowadze, mimo to jednak musi po niej jakim czasie chwycić się jakiegoś przedmiotu; zagraża mu bowiem upadek.

Przykucnąć mu trudno, musi sobie pomóc rękoma; przykucnąwszy jednak, chodzi w w tej pozycji zupełnie swobodnie. Skakać nie może; na czworakach chodzi jak najlepiej.

Nader oryginalnym jest chód chorego w pozycji pionowej.

Gdy chory przybył do szpitala, chodził w sposób następujący.

Przedewszystkiem zaznaczyć winniśmy, że bez pomocy kija lub innego oparcia chory nie był w stanie chodzić.

Przy prawidłowym chodzie ślady od zetknięć prawej i lewej stopy z ziemią odbijają się w dwóch równoległych do siebie liniach; zależy to od tego, iż obie nogi poruszają się w dwóch niezależnych od siebie przestrzennych kierunkach. Chód naszego pacjenta zadawał kłam temu prawu. Ślady od zetknięć stóp jego z ziemią tworzyły jedną linię, a czasami nawet ślad prawej podeszwy odbijał się z lewej strony, a ślad lewej z prawej. Pochodziło to ztąd, iż chory nasz krzyżował nogi. Prócz tego, stopa nogi pasywnej [prawej czy lewej], w chwili gdy rozpoczynała swój ruch wahadłowy, wykonywała zgięcie podeszwy (*flexio plantaris*) i, nie odrywając się od ziemi, ocierała palcami o podłogę.

Z czasem chód chorego utracił swe pierwotne cechy i stał się przez to mniej patologicznym. Chory przestał krzyżować nogi i ocierać palcami o podłogę, niemniej jednak chód jego w dalszym ciągu był wysoce dziwnym.

Chory w tym okresie zaczął chodzić już bez kija, ale chodził z nadzwyczajną trudnością: kroki robił małe, stopy ledwo unosił i co chwila tracił równowagę. Opierając się na kiju, chodził lepiej, nie mniej jednak tułowiem, głową i rękoma wykonywał przy tem wiele ruchów dodatkowych w celu utrzymania ciała w równowadze. Chodem swoim, przypominał akrobatów, chodzących po linie, którzy również w obawie stracenia równowagi ruchami dodatkowymi przesuwają ciągle środek ciężkości swego ciała. Zaiste, dziwne to! Dla chorego naszego szeroka płaszczyzna była tak trudną do przebycia, jak dla człowieka normalnego drąg lub lina. Słowa powyższe nie malują jeszcze w zupełności własno-

ści opisywanego chodu. Gdy chory posuwał naprzód nogę pasywną, robił to tak, jak człowiek, który, wpadłszy jedną nogą w dół, wyciąga ją ztamtąd z wysiłkiem. Czynił przez to wrażenie, jak gdyby ustawicznie to jedną, to drugą nogę z niższego poziomu płaszczyzny podnosił do wyższego. Nie dość na tem. Gdy nogę bierną odrywał od ziemi, wówczas, opierając się jeszcze palcami o podłogę, czynił ruch obrotowy stopą w ten sposób, że pięta kierowała się z zewnątrz nawewnątrz [ruch naokoło osi pionowej].

Co sądzić należy o podobnym przypadku? Czy istotnie mamy tu do czynienia z astazyją-abazyją; a jeśli tak, to do jakiej grupy ją zaliczyć?

Przeciw astazyi-abazyi zdawałaby się przemawiać pareza kończyn dolnych, którą dotknięty był nasz chory. To samo wszakże widzimy w jednym ze spostrzeżeń [XI] BŁOCQ'a. Zresztą, nie powołując się nawet na podobne przypadki, pojąc łatwo możemy, że chód naszego chorego posiadał specjalne cechy, które nakazują uznać go za odrębne, mało zależne od niedowładu, zбочenie. Istotnie, dlaczego chory nasz krzyżował nogi, dlaczego zginał nieprawidłowo stopy i ocierał palcami o ziemię, dlaczego w tak wysokim stopniu trudno mu było zachować równowagę, dlaczego, słowem, chód jego był tak dziwaczny? Alboż w ten sposób chodzą chorzy, dotknięci niedowładem kończyn dolnych. Rozpoznanie abazyi, czy dysbazyi [jak byłoby właściwiej], nie ulega wątpliwości. Spostrzeżenie niniejsze jednak posiada własności, wyróżniające je od opisanych dotąd przypadków. Mówiliśmy wyżej, że u chorego naszego odruchy rzepkowe były żywe, że można było wywołać u niego *clonus pedis*, że *tonus* mięśniowy był cokolwiek wzmożony. Być może, iż u chorego naszego istniało jednocześnie organiczne cierpienie mlecza pacierzowego; gdybyśmy jednak uznali to za fakt niezawodny, rozpoznanie abazyi nicby na tem nie ucierpiało. Przypuszczenie podobne objaśniłoby nam wszystko prócz jednej rzeczy: swoistego zaburzenia aktu stania i chodzenia.

Rozpoznanie astazyi-abazyi zkađinąd znajduje jeszcze poparcie. U chorego naszego znaleźliśmy stygmaty historyczne: zaburzenia w zmysle smaku i powonienia i zwężenie pola widzenia. Fakt ten posiada dla nas wielką doniosłość; wiemy bowiem, z jaką łatwością rozwijają się zaburzenia stania i chodu u osób historycznych [o czem niżej].

Pozostaje do rozstrzygnięcia kwestyja: do jakiej grupy zaliczyć opisaną formę astazyi-abazyi? Nie pasuje ona do żadnego z przytoczonych wyżej szablonów. Nie ma mowy, iż jest ona ataktyczną, różni się wszakże zarówno od *abasia choréiforme*, jak *trépidente* i innych. Fakt ten również dowodzi, że próby klasyfikowania rozmaitych postaci astazyi-abazyi pod względem klinicznym są mało użyteczne. Dość przyznać zakłócenie stania i chodzenia, jako zjawisko samoistne, a forma kliniczna zaburzenia, jakkolwiek byłaby ciekawą pod względem kazuistycznym, istoty rzeczy w niczem nie zmienia.

**Spostrzeżenie IV.** [Z oddziału chorych nerwowych D-ra W. GAJKIEWICZA]. Chaja Gitla Krajn, lat 13 licząca, zapisała się do oddziału 30 Kwietnia 1890 r.

**A n a m n e z a.** Pochodzi z rodziny nerwowo zdrowej [?]. Rok temu miała ataki historyczne, które się powtarzały w ciągu dwóch tygodni, kilka razy na dzień. Były to drgawki wszystkich kończyn, którym nie towarzyszyła utrata przytomności. Wkrótce potem wystąpiło przykurczenie dolnych kończyn i chora zaczęła odczuwać trudność w polykaniu, co trwało bez zmiany do chwili zapisania się jej do szpitala.

Stan terazniejszy. Gdy przybyła do szpitala, przy badaniu okazało się, co następuje:

Kończyny dolne znajdowały się w stanie przykurczu, przykurczu tak silnego, że żadną miarą nie można było wyprowadzić ich z położenia, w którym się ustaliły. Uda były zgięte i przylegały niemal do tułowia, golenie również były zgięte i dotykały prawie tylnej powierzchni ud, stopy znajdowały się w pozycji *pedis vari*, a palce w stanie największego zgięcia. Podczas snu przykurcz ten nie ustępował.

W mięśniach kończyn górnych, tułowia i twarzy nic nieprawidłowego nie dało się zauważyć.

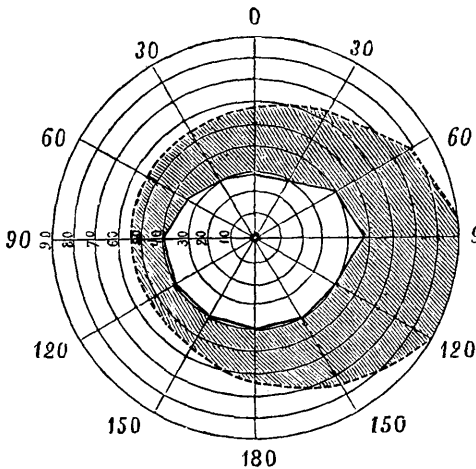
Zaniku mięśni nie było. Odruchy skórne nader żywe. Odruchów ścięgniętych w kończynach dolnych [wskutek silnego skurczu mięśni] nie można było wywołać. Odruchy mięśni dwugłowych i trójgłowych kończyn górnych wyraźne.

Czucie w dolnych kończynach bardzo zmienione. W wielu miejscach chora dotknięcia wcale nie czuje, w innych zaś czuje je, lecz słabiej, niż w innych częściach ciała. Inne rodzaje czucia również zmienione. Począwszy od środka ud aż do końca palców, chora nie odróżniała lekkiego klucia od dotykania, a głębokie odczuwała bez bólu (*analgesia*). Prócz tego, wrażliwość na ciepło i zimno osłabiona w całej kończynie, coraz mniejsza w kierunku ku dołowi.

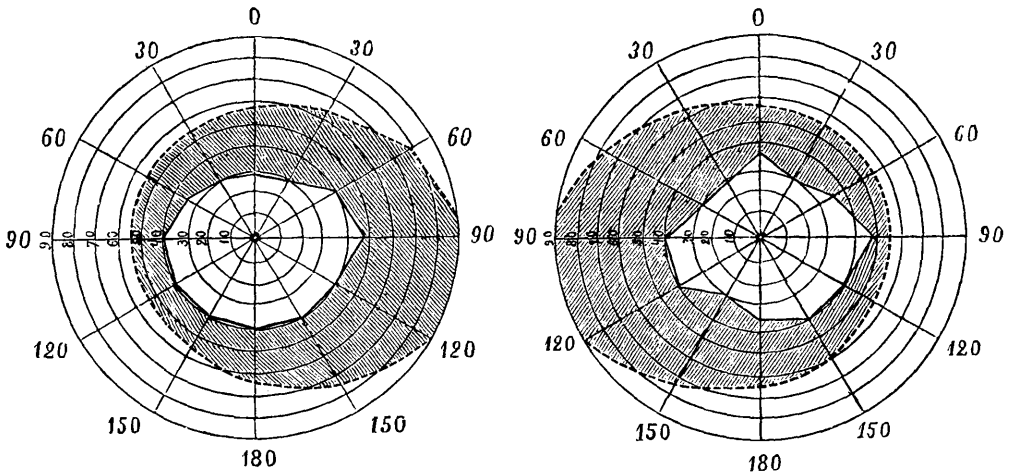
Chora skarżyła się na przelotne bóle w rękach; *zone hystérogène* nigdzie nie było.

Źrenice miała równe i szerokie; odczyn ich na światło i akkomodację prawidłowy. Ruchy gałek ocznych swobodne. Achtromatopsyi nie było. Zwężenie pola widzenia nader znaczne, zarówno dla barwy białej, jak dla niebieskiej, żółtej i czerwonej. Słuch i wzrok prawidłowy. Powonienie i smak wyraźnie osłabione (*hyposmia et hypogeusia*).

Oko prawe.



Oko lewe.



Chora nadto dotknięta była porażeniem mięśni połkowych; zwłaszcza trudno było jej przetykać płyny, które musiano jej zawsze wlewać głęboko do gardła. Chorą trzeba było karmić.

Przy badaniu narządów wewnętrznych nic nieprawidłowego nie znaleziono.

Ciekawy był chód chorej. Przykurcz nie ustępował, wszelako musiał cokolwiek słabnąć, inaczej bowiem chora nie mogłaby się wcale poruszać. Siedząc

w kukki [położenie to było wynikiem przykurceń, o których mówiliśmy powyżej] i opierając się prawą dłońią o ziemię, posuwała się bardzo szybko po podłodze, przyczem naprzód i o wiele śmieiej wybiegała lewa noga, a za tą dopiero podążała już wolniej prawa.

Gdy po kilku zawieszeniach [według metody CHARCOT-MOCZUTKOWSKIEGO], zarówno jak i po kauteryzacji wyniku żadnego nie osiągnięto, postanowiono chorą zachloroformować i w znieczuleniu zgięte kończyny wyprostować.

Dnia 17 Maja chora została przez D-rą KRAUZEGO wobec D-rów GAJKIEWICZA i ZWEIGBAUMA zachloroformowaną. Przykurczenie było tak silne, że dopiero podczas głębokiego znieczulenia udało się kończyny dolne wyprostować. Po wyprostowaniu włożono na nogi aparat wyciągowy.

Aparatu nie zdejmowano w ciągu całego tygodnia; przez ten czas chora doznawała bólu w nogach, ale umiarkowanego.

Gdy po tygodniu aparat usunięto i chorą w spokoju pozostawiono, przykurczenie nie wróciło; atoli okazało się, że siła mięśniowa kończyn dolnych była znacznie zmniejszoną. Jakkolwiek leżąc podnosiła wyprostowane nogi, czyniła to jednak z trudnością i umosiła tylko do pewnej, nieznacznej wysokości. Ruchy palców i stóp były bardzo ograniczone, zgięcie w stawie kolanowym i biodrowym wykonywała wolno i słabo.

Gdy chora leżała, kończyny dolne przyjmowały zawsze położenie nieprawidłowe. Tak niejednokrotnie zauważyć się dało lekkie zgięcie w kolanach, ruch obrotowy ud na wewnątrz, przyleganie kolan i rozstawienie goleni.

Przy badaniu układu nerwowego w tym nowym stanie chorej znaleziono [prócz zauważonych z samego początku objawów], iż zmysł mięśniowy był zachowany i że odruchy kolanowe były prawidłowe. Elektryzacja nadto nerwów i mięśni żadnych zbroceń nie wykazała.

Przy próbie stania i chodzenia w całej okazałości ujawniało się zbroczenie, zwane astazyją-abazyją.

Chora bez podpory stać nie mogła, natychmiast się przewracała. Dlatego to strach ją ogarniał nadzwyczajny, ilekroć chciano ją puścić; chwytala się zaraz jakiegokolwiek przedmiotu, aby tylko nie być pozostawioną własnym siłom. Jak tylko nogi opuszczała na ziemię, natychmiast zjawiał się skurecz w mięśniach tylnych ud i goleni, tak, że kolana się zginały, pięty podnosiły, a palce wykonywały nader silne zgięcie; tym sposobem chora stała tylko na końcach silnie zgiętych palców [przypominamy, że chora w łóżku ruch stopą i palcami wykonywała bardzo słabo].

Chód był również dziwaczny. Chora dotykała się ziemi tylko końcami silnie zgiętych palców, pięty były uniesione, nogi jak gdyby sklejone ze sobą. Trzymając się drugiej osoby, szła wolno, ostrożnie i doznając ciągłej obawy. Chód, tylko co opisany, stawał się niekiedy jeszcze bardziej nieprawidłowym. Tak zdarzało się, że chora mogła chodzić tylko bokiem, przyczem stopy wykonywały zgięcie grzbietowe i ocierały się grzbietem o podłogę. Innym znów razem chora po każdych dwóch krokach, zrobionych naprzód, robiła trzeci w tył i t. d..

Chora pod względem suggestywnym okazuje się nadzwyczajnie oporną. Żadne perswazyje, ani groźby nie odniosły skutku. Chora tak się lękała kauteryzacji, iż sama myśl o niej przejmowała ją strachem; mimo to jednak pogróżki, że się ją przypali, jak i samo przypalenie pozostawały bez rezultatu.

Chorej żadnym sposobem nie można było zahipnotyzować. Przez długi czas była zawieszana [na przyrządzie CHARCOT-MOCZUTKOWSKIEGO] bez najmniejszego efektu. Chora do obecnej chwili jeszcze pozostaje w oddziale, małe rokując nadzieje co do szybkiego wyzdrowienia.

Ze chora nasza przedstawia typowy okaz histeryczki, dowodem może być suma objawów nerwowych, jakie się w ostatnich czasach przyłączyły do skreślonego powyżej obrazu choroby. Od kilku miesięcy trapią ją po kolei najrozmaité

sze cierpienia: bóle w okolicy żołądka i serca, bóle pleców i nóg, brak łaknienia, napady drgawek, rozdęcie kiszek nader uporczywe, bo trwające niemal bez przerwy; w końcu Listopada r. z. miała przez kilka dni *laryngospasmus*; a począwszy od Grudnia, napady czkawki, która w pierwszych kilku tygodniach męczyła chorą nieustannie; czkawka powtarza się jeszcze teraz. W Grudniu bezpośrednio po kauteryzacji, wystąpił zez, który trwał 1—2 minut. W ciągu ostatnich miesięcy porażenie kończyn dolnych znacznie się zwiększyło; zmiany czucia i zwięźnienie pola widzenia pozostały te same. Stanie i chód ogromnie się pogorszyły. Jedno i drugie powoduje liczne objawy kurczowe. Chora ustawia stopy w pozycji *pedis equini*, prócz tego lewą stopą wykonywa szereg ruchów kurczowych, zależnych od drgawek *mm. peroneorum*. Chorą trzeba siłą ciągnąć, aby ją z miejsca ruszyć.

[Ten ostatni ustęp został dopisany znacznie później, a mianowicie bezpośrednio przed rozpoczęciem druku. *Przyp. aut.*].

**Spostrzeżenie V**<sup>1)</sup>. [Z oddziału chorych nerwowych D-ra W. GAJKIEWICZA]. Bejla Zylbersztein, lat 12, zapisała się do oddziału d. 29 Marca 1889 r.

Przed ośmiu miesiącami dotknięta była przykurczeniem lewej kończyny dolnej [zgięcie w kolanie], które trwało przez kilka tygodni. Od siedmiu zaś miesięcy nie jest w stanie chodzić pomimo to, iż leżąc o wszystkie ruchy obiema dolnymi kończynami wykonywa jaknajlepiej. Żadnych objawów histerycznych, prócz wzmiankowanego krótkotrwałego przykurczenia, nigdy nie miała.

Stan terazniejszy. Chora budowy prawidłowej, odżywiania średniego; w narządach wewnętrznych brak jakichkolwiek zboczeń. Wrażliwość na wszystkie bodźce czuciowe całkiem prawidłowa. Odruchy skórne i ścięgniste prawidłowe. Siła mięśniowa kończyn dolnych zadawalająca. Ruchy dowolne w pozycji leżącej jaknajprawidłowsze. W czynności nerwów czaszkowych żadnych zboczeń nie ma.

Chora ani stać, ani chodzić żadną miarą nie może.

**Przebieg choroby.** Gdy kauteryzacja żegadłem PAQUELIN'a skutku żadnego nie odniosła, chorą poddano systematycznemu zawieszaniu na przyrządzie CHARCOT-MOCZUTKOWSKIEGO.

Już po trzecim zawieszeniu zanotowano w karcie szpitalnej, że chora zaczyna chodzić, opierając się o jaki przedmiot. Po piątym zawieszeniu, chodziła już zupełnie dobrze, trzymając się ściany lub krawędzi łóżka.

Po ósmym już mogła stać o własnych siłach i chodziła wcale dobrze, trzymana lekko za 2 palce.

Po dziesiątym chodziła już sama bez pomocy, tylko nader ostrożnie i patrząc ciągle na nogi.

W kilka dni później chód staje się cokolwiek dziwnym: chora, stąpając, chwieje się, jak kaczka. Objaw ten odtąd trwa dość długo, nie zmieniając się pod wpływem nieprzerwanie stosowanego zawieszania.

Po 16 zawieszaniach zanotowano: chód kaczy; chora, chodząc, unosi ręce do linii poziomej i ciągle przechyla je wraz z głową i tułowiem to w jedną, to w drugą stronę.

Po upływie trzech tygodni [przez cały ten czas stosowano zawieszanie], chora przy chodzeniu zaczęła się przechylać w tył. Czasami jednak chodziła całkiem dobrze, zwłaszcza gdy na nią nie patrzano.

Po niejakiem czasie chód stał się w zupełności prawidłowym, i pacjentka w stanie zupełnego zdrowia została ze szpitala wypisana.

[C. d. n.]

<sup>1)</sup> Przypadku tego osobiście nie obserwowałem; wiadomości o nim czerpię z karty szpitalnej

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 9. M. Sanger [Lipsk]. Leczenie moczenia mimowolnego przez rozciąganie mięśnia zwieracza pęcherza.

Jakkolwiek zwykle z rozwojem dojrzałości płciowej cierpienie to ustaje, to jednak zdarzają się przypadki moczenia mimowolnego u kobiet dojrzałych, zależne po największej części, tak zresztą jak i u dzieci, od osłabienia, niedowładu mięśnia zwieracza pęcherza, a być nawet może i od pewnego ścięnczenia pęczków mięśniowych.

Aby przywrócić sprawność mięśnia zwieracza u kobiet, SAENGER drażni go przez rozciąganie, i w ten sposób pobudza mięsień na drodze odruchowej do skurczów.

Technika rękoczynu jest następująca. Po oczyszczeniu wylotu cewki moczowej, SAENGER wprowadza cewnik, dobrze zdezynfekowany, najlepiej żeński, do pęcherza, na głębokość 5—7 ctm.. Podczas gdy palcem wskazującym prawej ręki zatyka otwór zewnętrzny cewnika i stara się jednocześnie utrzymać go całą ręką w stałym położeniu, palec wskazujący i średni lewej ręki umieszcza tuż przed wylotem cewki na cewniku i wykonywa niemi silny nacisk na cewnik, *resp.* na zwieracz pęcherza i cewkę, najprzód w kierunku ku dołowi, następnie na obie strony pokolei w kierunkach zewnętrznych. Nacisk powinien być za każdym razem sprężysty i silny, tak, aby wylot cewki otworzył się szeroko i aby obok cewnika wypłynęło nieco moczu. U małych dzieci zamiast cewnika można użyć w tym celu cienkiego zgłębnika macicznego. Rozszerzenia te są zupełnie niebolesne. Na każdym posiedzeniu wykonać należy 8—12 rozszerzeń we wszystkich 3-ch kierunkach. Rzadko potrzeba więcej nad 10—12 posiedzeń, które z początku codziennie, następnie co drugi dzień powtarzać należy. Prócz rozszerzania, zaleca się chorej jednocześnie ograniczenie napojów i ciepłe utrzymywanie brzucha; przez przypominanie zaś przyzwyczajając chorą należy do tego, aby własną wolą mogła panować nad zwieraczem pęcherza. O uregulowaniu stolców i dyjety także pamiętać należy. Jeśli dany przypadek zezwala na wprowadzenie palca do pochwy, to można także podczas rozciągania naciskać ze strony pochwy palcem na cewnik i w jego kierunku ruchy masażu wykonywać.

Autor posługuje się od lat kilku rozciąganiem wyżej opisanem w przypadkach moczenia mimowolnego u kobiet i jest z wyników nadzwyczaj zadowolony.

(*Archiv. f. Gynakol.* T. 38, str. 324).

M. Zweigbaum.

### 10. G. P. van Tienhoven [Haga]. Leczenie moczenia nocnego mimowolnego u dzieci.

[Odczyt wygłoszony w sekcji medycyny wewnętrznej X-go międzynarodowego kongresu lekarskiego w Berlinie].

TIENHOVEN widzi powód nocnego moczenia mimowolnego u dzieci w tem, że mięsień zwieracz pęcherza, nawet prawidłowo działający, nie jest w stanie zatrzymać w pęcherzu moczu, zbierającego się w nim podczas pierwszej połowy nocy, do tego bowiem nie jest dostatecznie silny. Mocz więc, nagromadzony w pęcherzu do wysokości otworu wewnętrznego cewki moczowej, przedostaje się pomimo zwieracza do części przyprątnej cewki (*pars prostatica*). Tu zaś jest miejsce, w którym właśnie pobudzenie czynności mięśnia wypieracza moczu (*m. detrusor urinae*) przychodzi na drodze odruchowej do skutku; przez podrażnienie więc miejsca tego moczem, mięsień *detrusor* zaczyna się kurczyć i mocz znajdujący się w pęcherzu zostaje wydalony zupełnie. Ponieważ prawdopodobnie w pierwszych godzinach nocy sen jest mniej głęboki, a wskutek tego wrażliwość



odruchowa jest jeszcze dosyć znaczna, to i moczenie mimowolne najczęściej dlatego właśnie zjawia się u dziecka w pierwszych dwu lub trzech godzinach snu.

Aby temu zaradzić, należy wynaleźć sposób na to, by poziom moczu w pęcherzu nie mógł już w pierwszych godzinach snu osiągnąć wysokości otworu pęcherzowego cewki moczowej. Później bowiem, kiedy wrażliwość odruchowa staje się daleko mniejszą, kilka kropel moczu, gdyby nawet dostały się do cewki, nie będą już w stanie pobudzić jej tak łatwo.

Sposobu takiego dopatrył się T. w wysokiem ułożeniu miednicy (*elevatio pelvis*). Wskutek bowiem takiego ułożenia miednicy [*resp.* pęcherza], poziom moczu w pęcherzu nie może, w ciągu pierwszych dwu lub trzech godzin snu, osiągnąć otworu wewnętrznego cewki moczowej, a tembardziej kanału cewki, pomimo że pęcherz w tym czasie napełnia się moczem, jak zwykle.

I w samej rzeczy doświadczenia, przeprowadzone przez T. na trupach dzieci, od 3-ch do 10-u lat mających, wykazały, że przy wysokiem ułożeniu miednicy, w ten sposób, iż oś podłużna ciała tworzyła z poziomem kąt 45°, można było wstrzyknąć do pęcherza przeciętnie do 800 kropel cieczy, zanim ciecz ta pokryła brzeg otworu wewnętrznego cewki moczowej. A ponieważ, jak wiadomo, w ciągu godziny spływa do pęcherza przeciętnie 250 kropel moczu, więc 500 kropel, które w ciągu dwu pierwszych godzin snu spłyną do pęcherza, nie wystarczą w tym razie, by w małym nawet pęcherzu poziomem swym zbliżyć się do brzegu otworu cewki moczowej.

Prócz tego dodać trzeba, że wskutek wysokiego ułożenia miednicy i pęcherza zmienia się również stosunek ciśnienia słupa moczu w pęcherzu w ten sposób, że ciśnienie na dno jego staje się silniejszym, aniżeli na otwór pęcherzowy cewki, przez co także brzeg otworu cewki, przy znacznej nawet ilości moczu w pęcherzu, nie tak łatwo pod napieraniem jego ustępuje.

Doświadczenie kliniczne potwierdziło w zupełności skuteczność tego zabiegu w 14-u przypadkach, leczonych przez autora w szpitalu wyłącznie tą metodą. Dzieci pozostawały w szpitalu na kuracyi średnio przez 42 dni. Wyleczenie pozostało trwałem.

Wysokie ułożenie miednicy uskuteczniał T. w ten sposób, że pod przedni koniec łóżka podstawił ramę drewnianą, wzniesioną do poziomu pod kątem co najwyżej 45°. Na tej równi pochyłej spoczywały kończyny dolne i miednica dziecka. Dzieciom przed udaniem się na spoczynek zalecano opróżnienie pęcherza i wstrzymanie się od napojów.

(*Wien. med. Presse 1890. N. 34*).

*M. Zweigbaum.*

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie dnia 3 Lutego 1891 r.

Kol. NOISZEWSKI z Dynaburga miał odczyt o „Jaglicy, jej przyczynach i leczeniu“. Stosownie do umiejscowienia 3 rzędów gruczołów podspojówkowych N. rozróżnia trzy odrębne postacie jaglicy: a) torkową, przy której zajęte są gruczoły MEIBAUM'a, b) twarłą — gruczoły tylne chrząstkowe, c) miękką — gruczoły śluzowe załamka spojówki. Jeżeli przy *trachoma molle* wydzielina jest nader obfita i sprawa chorobowa zawładnie całą spojówką, to otrzymujemy postać *trachoma mucilaginosum*, albo *trachoma rrhoea*. Następnie prelegent pobieżnie rozpatruje objawy i przebieg każdej z tych form. Od 1881 r. robiono poszukiwania w celu wykrycia swoistego drobnoustroju dla jaglicy, lecz w większości przypadków otrzymywano różnorodne pasorzyty, co pochodziło ztąd, że badano formy mieszane (*trachoma mixtum*), do których należą *trachoma suppu-*

*rativum, oedematosum, tr. papillaceum*, gdzie obok swoistego drobnoustroju rozwijają się i inne. N. opisuje przypadek jaglicy, przy leczeniu którego zmuszony był wyciąć załamek spojówki. Badanie drobnowidzowe zawartości jednej z jagiel wykazało kleszczyka, obwiniętego bujnie rozwiniętym „gnijem jaglicowym”. Był to — według orzeczenia jednego z profesorów akademii rolniczej w Moskwie — *trombidium*, żyjący na drzewach, trawach i słomie. GERMAN i OTLINGEN przypuszczają, że w ziemi pól i ogrodów znajduje się zarazek jaglicy. W 1888 r. udało się prelegentowi wykryć swoisty grzybek jaglicy w komórkach i włóknach porażonej tkanki, działając na nią  $\frac{1}{4}\%$  roztworem chlorku złota. Grzybek ten przedstawia się pod postacią cienkich niteczek, zakończonych zarodnikami; niteczki przyjmują najczęściej postacie kątowe; zarodniki znajdują się niekiedy w środku niteczki i od nich wtedy idą nowe gałązki. Budową swoją, według N., grzybek jaglicy zbliża się do *microsporon furfur*, lecz znacznie od niego jest cieńszy. Przy rozmaitych formach jaglicy znajdował N. tenże sam grzybek. Najlepiej rozwija się grzybek jaglicowy na podłożu żelatynowym z gliceryną. Rozrost w pierwszych okresach przebiega skrycie — zwolna w głębokiej warstwie podłoża, stykającej się bezpośrednio z płytką szklaną, rozwijają się charakterystyczne linie poziome i zarodniki. W miejscu zaszczerpienia na płytkach powstaje po 7—8 dniach zagłębienie. W próbkach pod zagłębieniem powstaje lekkie zmętnienie, które stopniowo opuszcza się ku dołowi wzdłuż ścianek. N. uważa ten objaw za stały dla hodowli grzybka jaglicy. Po pewnym czasie żelatyna pod działaniem grzybka rozpuszcza się. Oddzielna nitka jaglicowa rośnie w kierunku 3 osi i wyglądem swoim przypominać ma krystalizację wody, od której wyróżnia się obecnością zarodników. N. otrzymywał wyciąg glicerynowy z grzybka jaglicowego i przekonał się o jego zaraźliwości. Szczepienia hodowli dokonywał na spojówkach gęsi i królików, w tym celu wprowadzał do spojówki kawałki muslinu, lub bibułki, napojonych „limfą jaglicową”; wyniki otrzymywał dodatnie. Przy leczeniu N. radzi przyżeganie siarczanem miedzi i azotanem srebra dosyć silne, lecz powierzchowne. Przewlekłe postaci jaglicy są leczone przez wyciskanie ziaren, wycinanie załamka spojówki, przeszczepianie błony śluzowej ust na miejsca zwyrodnione, a nakoniec przez działanie elektryczności; przy użyciu tej ostatniej jednak występuje zbyt częste podrażnienie rogówki. Aby uniknąć tego powikłania, N. stosuje obmyślane przez siebie hidroelektrody, które przedstawiał w 1890 r. w Towarzystwie; używa przytem prądów słabych o sile 1—2 M. A., a w rzadkich tylko przypadkach dochodzi do 7 miliamperów. Odczyt swój poparł N. okazaniem królika szczepionego, hodowli w próbkach i preparatów drobnowidzowych.

W dyskusji zabrał głos kol. KAMOCKI; zaznacza on, że praca N. w nowem świetle przedstawia jaglicę, gdyż N. za punkt wyjścia sprawy przyjmuje gruczoły, co jest w sprzeczności z powszechnym poglądem na tę sprawę, gdyż za element jaglicy dotąd uważany jest *folliculus*, gruczoły zaś przyjmują udział w sprawie tylko wtórny. Za swoisty drobnoustroj dla jaglicy przyjmowano rozmaite grzybki, i bardzo być może, że grzybek, otrzymany przez N., jest najprawdopodobniejszym. Lecz wykładu swojego kol. N. nie poparł preparatami drobnowidzowymi z tkanek; szczepienie na zwierzętach hodowli nie było ściśle, a u przedstawionego królika K. nie może zauważyć ziarn jaglicy.

N. w odpowiedzi broni swojego podziału, o którym już poprzednio pisał; dalej twierdzi, że przy rozmaitych formach jaglicy otrzymywał zawsze jednakowe grzybki, a przy szczepieniu jeden i ten sam obraz choroby. Barwienia preparatów dokonywał tylko chlorkiem złota, gdyż inne barwniki nie dawały dodatnich wyników i jeden z preparatów tkanki jaglicowej jest barwiony.

KAMOCKI twierdzi, że gdyby nawet stale znajdował się jeden grzybek przy jaglicy, to jeszcze nie jest dowód jego swoistości.

Kol. MAYZEL sądzi, że, ponieważ preparaty, demonstrowane przez kol. N., nie są tak przygotowane, aby w warunkach sztucznego oświetlenia i t. p. mogły być przekonywającymi i pozwoliły rozstrzygnąć, z czem kol. N. właściwie miał do czynienia, przeto najwłaściwiej byłoby, ze względu na czas, zarówno hodowle jak i preparaty rozpatrzyć na oddzielnej konferencji z kolegą N. w laboratorium, lub w szpitalu oftalmicznym. Proponuje zatem, aby dyskusyję nad tym przedmiotem w tej chwili odłożyć na później, interesujących się zaś kwestyją trachomatu poprosić o zebranie się wspólnie z kolegą N..

Obecni zgodzili się jednogłośnie na propozycyję kol. MAYZLA.

## Wiadomości bieżące.

— Z decyzji Rady miejskiej dobroczynności publicznej kol. CIECHOMSKI naznaczony został zastępcą ordynatora oddziału chirurgicznego dla kobiet w szpitalu Dzieciątka Jezus.

— Otrzymaliśmy zeszyt IV [ostatni zeszłoroczny] Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Przedstawia się on bardzo pokaźnie; gdyż oprócz zwykłej treści [prace naukowe oryginalne, dyskusyje naukowe — sześć arkuszy druku] znajdujemy w nim jeszcze „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego, polskiego za rok 1888“ [dziesięć [!] arkuszy drobnego druku]. Już raz w piśmie naszym zwracaliśmy uwagę na tę dziwną okoliczność, że wogóle „Pamiętnik“ tak mało jest rozpowszechnionym pomiędzy lekarzami. Wszak to jedyny bardzo poważny „archiw“ lekarski w języku polskim. Prócz cennych, oryginalnych i wyczerpujących prac polskich znajduje w nim czytelnik zawsze dokładny obraz dyskusyj naukowych, a nadto, co przecież dla każdego lekarza przedstawia wielką wagę, rok rocznie dokładne streszczenie wszystkich prac lekarskich polskich, pomieszczone w danym roku we wszystkich pismach lekarskich polskich. Pismo to tembardziej zasługuje na poparcie, że cena jego jest bajecznie niska: 60—70 arkuszy druku rocznie z rycinami kosztuje tylko... rs. trzy. O ile wimy, to pierwszy zeszyt tegoroczny przedstawiać będzie jeszcze więcej zainteresowania, gdyż zawierać będzie wszystkie prace „Komisy Koch'owskiej Warszawskiej“ wraz ze szczegółowemi historjami chorób. W końcu zaznaczyć tu należy, że życzący mieć wyłącznie sam tylko „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego“ mogą go oddzielnie otrzymywać za cenę rs. jeden.

— Ostatni zeszyt Pam. Tow. Lek. zawiera przegląd naszego piśmiennictwa lekarskiego za rok 1888. Mamy więc już takie roczne przeglądy za 11 lat. Ostatni miści 261 streszczeń, dokonanych przez JAKOWSKIEGO, CIĄGLIŃSKIEGO, PRUSZYŃSKIEGO, W. BRUNERA, PUŁAWSKIEGO, SREBRNEGO, SZTEYNERA, ROGOWICZA, GEPNERA [syna], TRZCIŃSKIEGO, JAWDYŃSKIEGO, SZUMLAŃSKIEGO. Porównując ostatnie sprawozdanie z poprzedniem, jako postęp w niem zaznaczyć wypada: 1) wstrzymanie się sprawozdawców od szczegółowych uwag krytycznych, które zdarzały się dawniej, a w krótkich związanych streszczeniach wcale były nie na miejscu; 2) przeniesienie chorób dzieci do działu medycyny wewnętrznej [dawniej łączono je z akuszeryją i ginekologiją]. Natomiast pozwolimy sobie zarzucić sprawozdaniu pominięcie w niem prac, drukowanych w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego, w Protokołach Tow. Lek. Lubelskiego, oraz dzieł lekarskich, które wyszły w r. 1888. Pierwszą zaś główną zaletę takiego rocznika stanowi przecież jego dokładność, zupełność.

Zestawiając ostatnie sprawozdanie z dawnemi, o których Gazeta Lekarska podawała w swoim czasie wiadomości, widzimy znaczny postęp naszego piśmiennictwa. W pierwszych dwóch latach piszących bywało 90, 89, obecnie 168. Wtedy wyszło prac 132, 127, obecnie 286, a więc z górą dwa razy tyle. Jeszcze bardziej uwydatnia się postęp, jeżeli zwrócić uwagę i na jakość ogłaszanych artykułów. Liczba prac doświadczalnych i laboratoryjnych potroiła się [w pierwszych dwóch latach po 10, obecnie 30]. To samo dotyczy i artykułów klinicznych. Pomijamy już prace kazuistyczne, których wartość i ze względu na wybór przypadków ogłaszanych, i na dokładność i umiejtność obserwacji, niezmiernie się podniosła. Liczba prac ogólniejszych, opartych na szerszym materiale, mających rozstrzygać pewne kwestyje i w tym celu postugujących się ściśtem umiętnem wybiera-

niem i grupowaniem faktów, liczba ich także wzrosła w trójnasób [po 12 w pierwszych 2 latach, przeszło po 30 w ostatnich dwóch].

Streszczone w sprawozdaniu prace dzielą się pomiędzy pojedyncze pisma lekarskie bardzo podobnie do lat dawniejszych. Najwięcej ich przypada na *Gazetę Lekarską* — 104 [w roczniku 5-tym 80] i *Przegląd Lekarski* 88 [wtedy 55]. Dalej idą: *Pamiętnik Tow. Lek.* 46 [wtedy 19], *Medycyna* 24 [44], *Zdrowie* 13 i t. d..

To samo i z autorami. Na *Warszawę* przypada ich 77 [w roczniku 3-im 37], na prowincyję 17 [13], *Cesarstwo* 15 [8], *Austryję* 47 [35], *Niemcy* 6 [5], inne kraje 6 [7]. Dodać jednak należy, że stosunek prac laboratoryjnych do innych wypada korzystniej dla Galicji.

Co do działów poszczególnych, to wszędzie liczba prac dość jednostajnie wzrosła, podwoiła się prawie, z wyjątkiem medycyny sądowej. Jako odrębny dział wyosobniła się laryngologia z rynologiją i otyjatriją [24 prace]. Najwięcej artykułów przypada na medycynę wewnętrzną [włączając tu terapiję ogólną i dyjagnostykę], bo 70 [w dwóch pierwszych latach po 38], chirurgię — 49 [20], higijenę ze sprawami społecznymi i szpitalnictwem 35 [8]. Dalej idą: akuszerija z ginekologiją 29 [11], okulistyka 14 [11], syfilidologia z dermatologiją 12 [9], medycyna sądowa 6 [11]. Dział anatomii, histologii, fizjologii i chemii lekarskiej daje rocznie średnio 11 prac [w pierwszych latach po 6, w ostatnim roku 13]. Dział anatomii patologicznej, patologii ogólnej i doświadczalnej, bakterjologii, farmakologii doświadczalnej daje średnio 18 prac [w pierwszych latach po 12, w ostatnim r. 35].

Ogólnie biorąc, widzimy, że ruch umysłowy w objętych sprawozdaniem czasie polegał przeważnie na przyswajaniu i sprawdzaniu nowych zdobyczy naukowych, daleko mniej na pracach całym oryginalnych. Przyjaźniejsze pole do rozwoju znalazły u nas, obok medycyny praktycznej [zwłaszcza chirurgii i laryngologii], badania drobnowidzowe [histologija, anatomija patologiczna], oraz bakterjologija. Trudno się natomiast przyjmują: chemija, patologija doświadczalna, medycyna sądowa, psychiatria.

Najwybitniejszymi chyba rezultatami poszczycić się może chirurgija [włączając tu i odnośny dział ginekologii]. Znamienne jej rysy za ubiegły czas stanowią: antyseptyka [wprowadzenie jej i rozpowszechnienie], chirurgija jamy brzusznej i zawartych w niej narządów [bardzo bogata kazuistyka, nawet oryginalne operacje]. W medycynie wewnętrznej utrwaliło się i rozpowszechniło zwracanie uwagi na sekcyje, dbałość o możliwie dobrą dyjagnozę; ogromne postępy zrobiła patologia układu nerwego. Na kilku punktach panował żywszy czynny ruch, który doprowadził do najważniejszych rezultatów: patologia żołądka, gruźlica krtani, tyfus brzuszny, zapalenie płucnej. W okulistyce najwięcej pracowano nad chorobami łącznicy. Wreszcie zaznaczyć należy: w anatomii prace nad unaczynieniem rdzenia kręgowego, w histologii — budowę gruczołów i karyjokinezę, w fizjologii — wydzielanie potu, w anatomii patologicznej — cierpienia nerek i wątroby. Prace chemiczne, jakkolwiek pierwszorzędne [M. NENCKI, HORBACZEWSKI], przychodziły do nas z daleka.

Miejscowe sprawy lekarskie oraz związane z medycyną kwestyje w ubiegłym okresie czasu znajdowały słaby stosunkowo odgłos w piśmiennictwie, które, co prawda, bardzo mały wpływ może wywrzeć w tym kierunku.

— Dnia 12 bieżącego miesiąca otwarto w Tomaszowie Rawskim szpital [tymczasowo na 10 łóżek], wzniesiony kosztem 60 tysięcy rs. ze składek i ofiar. Kraj nasz posiada zaledwie 87 szpitali; względnie więc do ludności cztery razy mniej, niż np. Włochy, nie mówiąc już o Niemczech, Francji. Pomimo tego nowe szpitale powstają chyba tu i ówdzie przy wielkich fabrykach [Poznańskiego np. w Łodzi]. Zresztą w tym kierunku nie zwracają swej działalności ani dobroczynność prywatna, ani miasta prowincjonalne, rozporządzające przecież wcale poważnymi sumami, łączącymi bezczynnie w bankach.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na I-sze półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.