

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn, podał S. Goldflam. O odporności (immunitas). Podał M. Sadowski. Dokończenie. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 11 Kwietnia r. b — Odcinek. W kwestyi pomocy lekarskiej w fabrykach. — Streszczenia i wyłagi. 66. Rokowanie wobec promienicy. 67. Przypadek ubocznego działania Hydrastiny przy dłuższem jej użyciu. 68. Działanie trujące czystego lizolu (lysolum purum). 69. O bezwładach wskutek zatrucia arsenikiem i ołowiem. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

O uleczalnej postaci porażenia opuszkowego z udziałem kończyn

podał S. Goldflam.

Rokowanie spraw chorobowych rdzenia przedłużonego jest niepomyślne. Tyczy się to zarówno ostrych spraw opuszkowych (wylew krwi, rozmiękczenie, ostre zapalne porażenie opuszkowe), jak przewlekłych (guzy, przewlekłe postępujące porażenie opuszkowe). Nawet t. zw. rzekome porażenie opuszkowe pochodzenia mózgowego kończy się prędzej lub później śmiercią.

W roku 1891 ¹⁾ ogłosiłem spostrzeżenie porażenia opuszkowego z zajęciem kończyn, którego osobliwość stanowiło wyzdrowienie. W ostatnim czasie miałem okazję spostrzegać 3 tego rodzaju przypadki. Dowodzą one, że złe rokowanie, właściwe zbiorowi objawów porażenia opuszkowego, wymaga pewnego ograniczenia i że, jak to wykażę, mamy do czynienia z nową, osobliwą postacią chorobową

Przypadek I. O... Jan, lat 25, lokaj, skierowany łaskawie do polikliniki przez kol. WOŹNICKIEGO 22. XII. 91. Choroba rozpoczęła się przed 7-tygodniami uczuciem drętwienia w karku, utrudnieniem ruchów głowy, bólami głowy, zawrotami przy nachylaniu się. Już po upływie tygodnia dołączyły się zaburzenia w mowie i połykaniu, następnie osłabienie w rękach, a po kilku dniach i w nogach. W nogach oraz w barkach i krzyżu doznawał chory rwących bólów. Po upływie 2 tygodni osłabienie w kończynach spotęgowało się do tego stopnia, że chory zmuszony został położyć się do łóżka, w którym zaledwie z trudnością mógł się obrócić, a głową wcale poruszać nie był w stanie i karmionym być musiał. W stanie takiej niemocy pozostawał chory przez 2 tygodnie w domu i tyleż czasu w szpitalu. Wtedy, a więc w 6—7 tygodni od początku choroby, zaczęła się poprawa i chory mógł wkrótce szpital opuścić. Zaparcie stolca towarzyszyło całemu dotychczasowemu przebiegowi choroby, na początku której, według niepewnego zeznania chorego, istniała jakoby gorączka.

Pacjent cieszył się stale dobrym zdrowiem, przymiotu nie przechodził, na dużyć ani *in Baccho* ani *in Venere* nie popełniał. Stanowczo można wykluczyć

¹⁾ Medycyna.

zatrucie bądź ołowiem, bądź innemi metalami lub substancjami, jak również i dyfteryt.

Chory miernego wzrostu, prawidłowej budowy, o dobrze rozwiniętym układzie mięśniowym, skórze bladej. Tętno 90, 18 oddechów. Wewnętrzne narządy zdrowe. Uderza nosowy odcień mowy, który tem wybitniej występuje, im dłużej chory mówi. Podniebienie miękkie mało ruchome, zarówno przy wydobywaniu głosu, jak i przy drażnieniu mechanicznem. Odruch gardzieliowy i krtaniowy znacznie osłabiony, chory wogóle słabo czuje dotknięcie zgłębnikiem błony śluzowej tych narządów. W okolicy *valleculae* i *sinus pyriformis* zbiera się obficie ślina. Polykanie jest utrudnione: przyjęcie jednego łyku wody odbywa się zapomocą kilkakrotnych ruchów polykowych i w miarę polykania wzmagą się utrudnienia tego aktu; niebawem wracają nosem pokarmy płynne i stałe. Również uchodzi nosem powietrze przy usiłowaniu gwizdania, wydeścia policzków. Przy żuciu występuje zmęczenie, które chory umiejscowia w żuchwie; boczne jej ruchy są dość słabe; ust szeroko otworzyć chory nie jest w stanie. Ruchy języka są zupełnie swobodne. Ze strony mięśni twarzowych nie zanotowano nic przy pierwszym badaniu; po kilku dniach jednak skonstatowano obustronny *lagophthalmus*, po prawej stronie większy, niż po lewej. Odruch łącznicy i rogówki znacznie osłabiony. Przy skierowaniu wzroku ku dołowi rogówki pozostają nieosłonięte (objaw GRAEFE'go); mruganie powiek odbywa się bardzo rzadko (objaw STELLWAG'a). Według orzeczenia kol. Winawera (okulisty) istnieje pewna nieruchomość powiek, wskutek której pozostające nieosłoniętymi trójkąty łącznicy są przekrwione i nabłonek na nich zgrubiały. Brak wysadzenia gałek ocznych; ruchy tych ostatnich są prawidłowe; źrenice, umiarkowanie szerokie, dobrze reagują na światło i przy akomodacji; $S=1$, pole widzenia i dno oka prawidłowe. Mięśnie karku, kapturowe, mostkosutkowe są słabe; przy badaniu krtani i dna oka trzeba było podtrzymywać głowę chorego, gdyż pozostawiona samej sobie miała tendencję opadać ku przodowi. Ruchy górnych kończyn są osłabione, głównie w stawach barkowych, zwłaszcza po stronie lewej. Chory nie jest w stanie podnieść rąk do wysokości linii poziomej. Siła rąk jest względnie zachowana; dynamometr po prawej wskazuje 39 kilo, po lewej 30 kilo. Odruch kości promieniowej (*radiusreflex*) wydaje się wzmożonym. Ekskursje oddechowe są powierzchowne; na duszność chory się nie skarży. Dolne kończyny są słabe. Chory w pozycji leżącej unosi je tylko niewiele po nad poziom, a podczas chodzenia prędko się męczy. Odruchy kolanowe żywe, brak odruchu stopowego. Zanik lub drganie włókienkowe nigdzie spostrzegać się nie dają. Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów prawidłowa. Cucie, funkcyje pęcherza i odbytu zachowane. Mocz wolny od białka i cukru.

28. XII. 91. Czuje się mocniejszym, jakkolwiek nietrwale; nogi podnosi o wiele lepiej, a górne kończyny prawie prostopadle, przyczem przechyla tułów ku tyłowi. Polykanie jednak jest bardziej utrudnione, chory często się zakrztusza.

9. I. 92. Z polykaniem jest lepiej. Chory może wydać policzki, gwizdać, przyczem powietrze nosem nie uchodzi; dziś powieki zamykają się dobrze. Nogi podnosi chory w pozycji leżącej do wysokości kąta 35° — 40° , lecz każde następne podniesienie nogi jest słabsze i po 8—10 ruchach całkowicie ginie możność uniesienia kończyny, która się wtedy przedstawia w stanie wiotkiego porażenia. Po kilku minutach wypoczynku kończyna odzyskuje władzę i może być podniesioną do uprzedniej wysokości, wyczerpując się wszakże po tej samej mniej więcej ilości poruszeń. Toż samo szczególne zjawisko występuje z równą precyzją i przy ruchach górnych kończyn. Chory z pozycji leżącej siada jedynie przy pomocy rąk; mięśnie brzucha słabo się napinają. Odruchy kolanowe są słabe i tem trudniej się otrzymują, im dłużej się je wywołuje. Odruchy od okostnej na górnych kończynach są wzmożone. Przed kilku dniami przeżył chory zwyczajne zapalenie gardzieli, która jest jeszcze nieco zaczerwieniona i obrzmiała.

16. I. 92. Chory nie skarży się już na bóle w karku. Ruchy głowy są silniejsze. Chory się już nie zakrztusza. Po 14-krotnem podniesieniu ramienia występuje zupełne wyczerpanie. Dynamometr praw. 40, lew. 38 kil..

25. I. 92. Na siłach ogólnie czuje się chory lepiej; praw. 44, lew. 35 kil., lecz zmęczenie występuje już po lekkiej pracy. Ze snu czuje się chory najslabszym; po kilku ruchach robi mu się lepiej. Zjawisko szybkiego wyczerpania występuje nie tylko w mięśniach kończyn, lecz także i przy żuciu, np. kawałka chleba; już za

3, 4 kęsem kurczą się mięśnie żwacze słabo, usta nie mogą być szeroko rozwarte i chory czuje zmęczenie w żuchwie. Przy wycieraniu nosa powietrze uchodzi przez usta.

1. II. 92. W ostatnich dniach znowu prędzej występowało zmęczenie w nogach przy chodzeniu. Objaw GRAEFE'go mniej wyraźny: przy skierowaniu wzroku ku dołowi, brzeg lewej górnej powieki sięga górnego brzegu rogówki, po prawej stronie są one oddalone od siebie na 1 mm.; przy skierowaniu wzroku ku górze, zostają rogówki w zwykły sposób pokryte przez górne powieki.

8. II. 92. Podczas wycierania nosa, powietrze już nie uchodzi przez usta. Jakkolwiek polepszenie czyni niewątpliwe postępy, to zdarzają się dni, kiedy chory czuje się osłabionym i prędko się męczy. Ogólny wygląd chorego jest lepszy. Ekskursje oddechowe głębsze. Polykanie prawie zupełne dobre; tylko od czasu do czasu staje się ono utrudnionem ku końcowi obiadu. Ruchy żuchwy mocniejsze. Osłabienie odruchu miękkiego podniebienia mniej wydatne; odruch krtaniowy prawidłowy. Dotknięcie zgłębnikiem miękkiego podniebienia i tylnej ściany gardzieli odczuwa chory słabo, dotknięcie krtani czuje prawidłowo. Odruch od okostnej jedynie otrzymać można na lewej kości promieniowej. Objaw GRAEFE'go jest jeszcze mniej wydatny: lewa górna powieka pokrywa nieco rogówkę, prawa sięga górnego brzegu rogówki. Odruchy kolanowe występują coraz słabiej w miarę uderzania w ścięgno, wreszcie ginie odruch po stronie prawej.

10. II. 92. Dziś skarży się chory więcej na uczucie ucisku w karku i ogólne osłabienie. W samej rzeczy ruchy głowy są słabsze.

Blizsze badanie zjawiska zmęczenia wykazuje, że podlegają mu właśnie duże mięśnie, w bliskości tułowia znajdujące się: w górnych kończynach: naramiennym, w dolnych lędźwio-biodrowy, *tensor fasciae latae*, prosty uda. Najlepiej dają się badać zjawiska zmęczenia przy podnoszeniu ramienia do wysokości linii pionowej; przy podnoszeniu nóg w pozycji leżącej i zmianie tej ostatniej na pozycję siedzącą. Po 10—15 ruchach kończyny, ekskursje jej coraz się zmniejszają i dochodzą do 0. Zmęczone mięśnie nie kurczą się już wcale pod wpływem wysiłków woli, lub tylko bardzo nieznacznie i znajdują się w stanie czasowego wiotkiego porażenia. Po wypoczynku trwającym tyle czasu, ile trzeba było do wywołania zmęczenia, to jest około 3 minut, a niekiedy i więcej, mięśnie odzyskują uprzednią swoją sprawność. Jeżeli natychmiast po wystąpieniu zmęczenia w jednej kończynie kazać choremu wykonywać ruchy drugą, wtedy pierwsza nie wypoczywa: chory musi zachowywać bezwzględny spokój, aby porażenie przemineło. Zdawało się poniekąd, że zmęczenie jednej kończyny obniża sprawność innych. Wybitnie dało się to stwierdzić w stosunku mięśni tułowia do mięśni kończyn: po 10-krotnem podniesieniu się chorego z pozycji leżącej, żadna z kończyn nie mogła być uniesioną, i odwrotnie, zmęczenie jednej kończyny sprowadza szybciej występujące wyczerpanie przy zmianie pozycji leżącej na siedzącą. Zjawiska zmęczenia są mniej wydatne w stawie stopowym i napięstkowym. Na tętno i oddechanie nie wywierają wpływu. Pobudliwość elektryczna pozostaje przed jak i po zmęczeniu, niezmienną; pobudliwość mechaniczna zdaje się na górnych kończynach wzmożoną. Odruch podniebienia, gardzieli i krtani jest prawidłowy, jedynie języczek jest mało wrażliwy na dotknięcie zgłębnikiem i nie kurczy się.

22. II. 92. Obiektywny i subiektywny stan chorego waha się nie tylko z dnia na dzień, ale nawet w ciągu jednego dnia trafiają się godziny, w których chory jest słabszym.

1. III. 92. Zmęczenie jednej kończyny okazuje się już bez wpływu na sprawność innych, również wypoczywa już obecnie wyczerpana kończyna podczas wykonywania ruchów przez inną. Jedynie zmęczenie dolnych kończyn upośledza ruchy tułowia (przy siadaniu).

Odruchy kolanowe są bez względu na stan wypoczynku lub wyczerpania bardzo trudne do wywołania, mianowicie po stronie prawej; przy postępowaniu JENDRASSIK'a są one żywe.

7. III. 92. Chory jest w stanie wykonywać lżejsze roboty, nie męczy się tak łatwo, może nawet biec. Dynam. p. 47, l. 37 kil. Zmęczenie występuje później, mięśnie prędzej wypoczywają.

19. III. 92. W ciągu ostatniego tygodnia czuł się chory osłabionym, zwłaszcza jednego dnia niemoc była znaczną. Obiektywnie żadnej zmiany stwierdzić nie można. Odruchy kolanowe wciąż z trudnością dają się wywołać; przez postępo-

wanie JENDRASSIK'a stają się one żywe; odwrócenie uwagi chorego tego wpływu nie wywiera.

11. IV. 92. Już się więcej nie zdarzają gorsze lub lepsze dni. Poprawa jest stałą i znaczną, jakkolwiek chory nie jest jeszcze w stanie większych odległości przebywać i cięższe roboty wykonywać. Dynam. pr. 47, l. 40 kilo. Zjawiska zmęczenia są znacznie słabsze, występują zaledwie po wielu poruszeniach, a i wtedy osłabienie nie dochodzi do zupełnego porażenia; jakoż i powrót władzy bardzo prędko się dokonywa. Odruchy kolanowe badane w położeniu poziomem z należytą ogłębnością, bardzo trudno dają się wywołać, zwłaszcza po stronie prawej. Przy postępowaniu JENDRASSIK'a występują łatwo. Odruchy ACHILLES'a i skórne są prawidłowe. Odruchy mięśnia trójgłowego na górnych kończynach są umiarkowane. Odruch kości promieniowej istnieje. Ze strony gardzieli zanotować wypada, że po dłuższym wykonywaniu czynności połykowych, chory doznaje uczucia stężenia, które trwa do następnego dnia, lecz aktu połykania nie upośledza. Zresztą czucie i odruchy w gardzieli prawidłowe. Górne powieki pokrywają przy skierowaniu wzroku do dołowi mały skrawek rogówki. Mruganie odbywa się z częstością prawidłową.

Chorego jeszcze kilkakrotnie ogłądałem, ostatnio 4. II. 93. Wyzdrowienie trwa, jakkolwiek w pierwszych czasach chory się uskarżał na lekkie zmęczenie po cięższej pracy. Lecz i to wkrótce minęło. Przeciwnie, zmienne zachowanie się odruchów kolanowych przy każdym badaniu pozostawało: najczęściej trudno je było wywołać; niekiedy prawy odruch występował jedynie przy postępowaniu JENDRASSIK'a, przy najbliższym badaniu znowu łatwiej dawały się one otrzymywać, po kilku tygodniach znów trudniej, ale prawie stale prawy odruch leniwiej występował, niż lewy.

Leczenie polegało na metodycznej, parę miesięcy trwającej (co drugi dzień) galwanizacji rdzenia (wstępujący prąd o 2—3 MA) i wpoprzek obu wyrostków sutkowych; posiedzenia trwały kilka minut. Wewnętrznie podawano jod, żelazo, arsenik.

U 25-letniego, z wyrobniczej klasy pochodzącego mężczyzny, rozwija się więc bez wiadomej przyczyny, postępowo w ciągu 2 tygodni z towarzyszeniem parestezyi i umiarkowanych bólów cierpienie, grożące zajęciem całego układu ruchowego. Przedewszystkiem słabną ruchy głowy, już po tygodniu występuje utrudnienie w mowie i połykaniu, poczem kolej przychodzi na górne kończyny, wreszcie i na dolne. Po 2 tygodniach niedowład osiąga takiego stopnia, że chory w łóżku obrócić się nie jest w stanie i karmionym być musi. Na tej wysokości pozostaje choroba około 4 tygodni, następnie rozpoczyna się stopniowa poprawa. Dokonane w tym czasie badanie stwierdza przede wszystkim istnienie objawów porażenia opuszkowego: podniebienie miękkie, gardziel porażone; odruchy tych organów i krtani zmniejszone, czucie w nich stępione; gałąź ruchowa nerwu trójdzielnego porażona; wszystkie ruchy żuchwy, nie wyłączając opuszczania ku dołowi, osłabione; ze strony nerwu twarzowego obustronny *lagophthalmus*; jakkolwiek zanotowano, że przy wycieraniu nosa powietrze przez usta uchodzi, to jednak właściwej parczy w obrębie dolnych gałęzi nie dostrzeżono. Ruchy języka wolne. Osłabienie odruchu powiek, objaw GRAEFE'go i STELLWAG'a uzupełniały obraz chorobowy. Co się tyczy tułowia, to upośledzoną jest czynność mięśni karku, szyi, brzucha i oddechowych. W kończynach okazują się paretycznymi duże mięśnie, przyczepiające się do tułowia, jako to: naramienny, lędźwiobiodrowy, *tensor fasciae latae*, prosty uda.

Niedowład ten ma szczególny charakter: potęguje się do stopnia zupełnego porażenia w następstwie wykonywania czynności przez odpowiednie mięśnie. To szybkie wyczerpanie się nie jest udziałem jedynie mięśni kończyn i tułowia, w których najjaskrawiej występuje, lecz dotyczy również zakresu

nerwów opuszkowych: jakoż mowa, żucie, polykanie stawały się tem bardziej utrudnione, im dłużej czynności te się wykonywały; chory doznawał w odpowiednich organach uczucia zmęczenia. Wyżej podane są ciekawe właściwości tego wyczerpania. Zdawało się nawet, jakoby i odruchy kolanowe ulegały wyczerpaniu w miarę ponownego badania ich. Z początku były one żywe, w przebiegu polepszenia osłabły, nawet prawy odruch z trudnością dawał się wywołać bez sposobu JENDRASSIK'a; w ogólności zachowanie się odruchów kolanowych było niestałe: raz udawało się je łatwo otrzymywać, innym razem z trudnością można je było wywołać. Odruch kości promieniowej istniał stale.

Jednem z najbardziej uderzających zjawisk były nasilenia i remisye w stanie chorego. Nie mogę wprawdzie twierdzić tego co do pierwszego okresu choroby podczas wzmaganiania się i rozszerzania procesu, ale na wysokości choroby i *in stadio decrementi* te wahania w natężeniu zjawisk, to podnoszenie się i opadanie z dnia na dzień, nawet w ciągu jednego dnia, stanowiły jeden z najciekawszych objawów.

Jeżeli poprawa nie była ciągłą, lecz przerywaną niewielkimi nasileniami, to w każdym razie jest ona niewątpliwą. Najpierw wystąpiło polepszenie w zakresie nerwów czaszkowych: polykanie odbywa się bez przeszkody i umożliwia lepsze odżywianie chorego, żucie staje się lepszem, oczy mogą być dobrze zamknięte; później ustępuje pareza mięśni tułowia i kończyn, wyczerpanie zjawia się trudniej, a odzyskanie władzy szybciej. Zupełne wyzdrowienie wymagało około 4 miesięcy, ogółem choroba trwała około 6 miesięcy.

Rozpoznanie różniczkowe omówione zostanie po przedstawieniu wszystkich 3 przypadków.

Przypadek II. W...ski Rubin, 25 lat, z Bełchatowa, przybył do polikliniki 21. IV. 92. Przed 10 laty chorował na ciężki tyfus; ostatni trwał 3 miesiące i pociągnął za sobą psychozę, której głównymi objawami były: wzbranianie się od przyjmowania pokarmów, unikanie ludzi, usiłowania ucieczki i samobójstwa, najwyższa agitacja. Po 4 miesiącach trwania tych objawów, cierpienie minęło zupełnie, nie pozostawiwszy wspomnienia w pamięci chorego. Od tego czasu datuje się przetyknięcie słuchu na prawe ucho. Chory sprawował służbę wojskową w ciągu całych lat 4, był zdrow zupełnie, spirytualii nie nadużywał, choroby wenerycznej nie przechodził. Nigdy żadnych przypadłości histerycznych nie miał.

Obecne cierpienie, nie poprzedzone żadną inną chorobą, bez wiadomej przyczyny rozpoczął się przed 4 miesiącami, niemocą w górnych a następnie i dolnych kończynach, którą chory lokalizuje w ramionach i udach. Najpierw zauważył on, że podczas tkania nie mógł należycie rąk do góry podnosić, że przy noszeniu małych ciężarów występował krótki oddech, że podczas chodzenia łatwo się męczył, tułów i głowa chwiały się, a wszystkie członki tak słabły, że chory musiał odpoczywać; objawy te rozwinęły się w ciągu 2 tygodni. Wkrótce potem dołączyło się zmęczenie przy żuciu, mianowicie w żuchwie.

Główną więc skargę chorego stanowi niedowład ruchowy, który trwa wciąż. Nie jest on stale w jednakowym stopniu, są dni lepsze i gorsze, ostatnie jednak przeważają, a wtedy chory nawet ubrać się sam nie jest w stanie. Osłabienie występuje w ramionach nawet po lekkiej pracy, w nogach po krótkiej przechadzce i połączone bywa z dusznością. Mięśnie karku były również dotknięte: szczególnie objawiło się to przed 2 miesiącami podczas podróży, kiedy chory siedząc na wozie, musiał ręką podtrzymywać podbródek, ażeby zapobiedz opadaniu głowy ku przodowi. Kiedy przed Wielkanocą w schylonej postawie chory zajęty był czyszczeniem naczyń, dostał nagle zawrotu głowy, wpadł do rzeki, zresztą płytkiej, skąd został wydobyty, gdyż o własnej sile nie mógł sobie pomóc. Przed miesiącem wezwano do chorego kol. RODZIEWICZA, który zastał go w stanie groźnym, bez ruchu i z bardzo silną dusznością. Pod wpływem iniekcji eteru zapaść ustąpiła.

W sferze czucia zanotować wypada jedynie uczucie palenia, a nawet bólu w lewej łopacie, które trwa od początku choroby.

Chory jest to tęgi mężczyzna, dobrze odżywiony, o dobrze rozwiniętym układzie mięśniowym, i zdrowych narządach wewnętrznych, tętno 80. Widoczną jest wyraźna pareza w obrębie dolnych gałęzi nerwów twarzowych: jakoż chory nie jest w stanie wyduć dobrze policzków, ponieważ powietrze uchodzi przez usta i nos, nie może gwizdać, jednakże nieżle wargi w lejek układa. Powieki zamyka dobrze. Język, podniebienie normalne. Połykanie odbywa się prawidłowo, lecz żucie bywa często utrudnione i chory doznaje zmęczenia w mięśniach żwaczach. W istocie ruchy żuchwy, mianowicie boczne, są słabe, napinania się mięśni skroniowych wcale dostrzedz nie można, lecz mięśnie żwacze kurczą się dość energicznie. Odruch żuchwowy bardzo wyraźny. Dłuższa rozmowa męczy chorego, głos staje się słabszym, pojawia się uczucie duszności, którego wogóle niema w postawie stojącej lub leżącej. Wdechowe rozszerzanie się klatki piersiowej nie sięga swego maksimum. Ze strony gałki ocznej, zmysłów, władz umysłowych niema żadnych zboczeń; chory jest jedynie nadmiernie zatrwożony co do swojego stanu zdrowia.

Ruchy głowy są dość słabe; gdy chory czuje się zmęczonym, głowa opada ku przodowi. W górnych kończynach najbardziej dotkniętym jest mięsień naramienny; wystarcza słaby opór, aby przeszkodzić abdukcji ramienia. I tu również występuje zjawisko szybkiego wyczerpania się mięśni, które poznaliśmy już z opisu pierwszego przypadku, a które na tem polega, że po kilkakrotnym wykonaniu skurczów mięśniowych, siła ich spada do zera. W tym przypadku podnosił chory ramię z początku do wysokości normalnej, następnie coraz niżej, aż po 15 blisko poruszeniach najsłabsza nawet abdukcja ramienia stawała się niemożliwą. Sprawność innych mięśni górnych kończyn jest dość dobrze zachowaną: dynamometr wskazuje po prawej 44, po lewej 43 kilo. Odruch mięśnia trójgłowego ramienia bardzo wyraźny, łatwo jest również otrzymać odruch od dolnego końca kości promieniowej. Pobudliwość mechaniczna zdaje się wzmożoną. W dolnych kończynach dotknięte są silniej mięśnie zginacze i rozginacze stawu biodrowego, w których też jaskrawo występuje zjawisko szybkiego wyczerpania. Już po parokrotnym podniesieniu nogi w pozycji leżącej, kąt podniesienia staje się mniejszym, a po 10 poruszeniach równa się 0. Zmęczenie jednej kończyny pozostaje bez wpływu na inne; funkcja w wyczerpanych mięśniach wkrótce powraca; nogi męczą się szybciej, niż ręce. W wyczerpanych mięśniach nie czuje chory ani bólu, ani zmęczenia.

Odruchy kolanowe są wzmożone, istnieje nawet słaby odruch stopowy. Z pomiędzy odruchów skórnych brzuszny jest żywy, inne zaś umiarkowane. Mięśnie tułowia są również dotknięte: chory nie jest w stanie bez pomocy rąk z pozycji leżącej przejść w siedzącą, nawet przy unieruchomieniu nóg; mięśnie brzuszne kurczą się przy tych usiłowaniach bardzo słabo. Badanie zapomocą elektryczność wykazało wszędzie stosunki prawidłowe; niema żadnej bolesności na ucisk ze stroiny nerwów i mięśni. Żucie całkowicie zachowane, jak również czynności pęcherza i odbytu. Mocz wolny od białka i cukru. Centralna galwanizacja i *extrasecal. corn.*

25. IV. 92. Natężenie objawów podlega częstszym i znaczniejszym wahaniom, nie tylko z dnia na dzień, lecz nawet w ciągu jednej doby; zwykle w godzinach poobiednich bywa gorzej: chory wtedy chodzi z mozołem, nie jest w stanie sam się rozebrać, trzymać prosto głowy, która ma skłonność do opadania ku przodowi.

27. IV. 92. Chory skarży się na większe osłabienie: na schody nie jest w stanie wejść, ani głowy prosto trzymać nie może. W istocie podnoszenia nóg słabną po 10-razowym poruszeniu, a po 15—18 ruchach całkowicie giną, wtedy wyczuć można ręką skurcze mięśni zginających uda, są one jednak zbyt słabe, aby sprawdzić efekt fizyologiczny. Wczoraj wieczorem po napisaniu listu zauważył chory, że nie może przez pewien czas wyprostować palców prawej ręki. Przy usiłowaniu zginania i wyprostowywania naprzemian palców, już po kilku ruchach środkowy i obrączkowy, zwłaszcza ręki prawej, odmawiają posłuszeństwa; po upływie krótkiej chwili odzyskują one swą sprawność. W stawie kolanowym następuje wyczerpanie tylko przy ruchach wyprostnych; w stawie łokciowym i napiętkowym zjawiska tego wywołać się nie udaje, jak również w stawie skokowym i palcach nóg. Od kilku dni przy żuciu nie występuje już zmęczenie.

4. V. 92. Od 3-ch dni osłabienie mięśni wzmoгло się niewątpliwie. Chory nie mógł przebyć pieszo niedalekiej drogi z domu do polikliniki, i tylko przy pomocy innych mógł wsiąść do dorożki. W istocie, niedowład nigdy jeszcze nie był

tak wyraźnym; przy wstępowaniu na schody musi chory rękami unosić nogi; ramiona nie mogą być podniesione do wysokości linii poziomej i wkrótce ruch ten spada do o. Nóg w pozycji poziomej chory wcale podnieść nie jest w stanie, jak również i usiąść, nawet z pomocą rąk. Przeciwnie, ruchy głowy są silniejsze. Pogorszenie przypisuje chory nieznacznej zresztą niestrawności z dyaryą. Następnego już dnia po usunięciu zapomocą kalomelu zaburzeń kiszkowych, poprawił się stan chorego w wieczornych godzinach: sprawność mięśni okazała się większą, wyczerpanie występowało później.

11. V. 92. Ogólnie biorąc, istnieje polepszenie; chory jednakowoż nie jest np. w stanie powiesić swego palta, nie może abdukować ani podnieść górnej kończyny, obciążonej małym ciężarem, a wczoraj już 10 minutowa przechadzka przyprowadziła go o zmęczenie. W ostatnich czasach zdarzyło się kilkakrotnie podczas picia zimnej wody, iż nieco płynu wróciło nosem, wszakże ten objaw nie powtarza się już od dni kilku.

12. V. 92. Wczoraj wieczór niemoc wzmogła się do tego stopnia, że na pierwsze piętro chory zaszedł zaledwie na czworakach.

18. V. 92. Od onegdaj poprawa jest niewątpliwą. Chory odbywa dłuższe przechadzki bez zmęczenia. Wyczerpanie występuje trudniej: jakoż w prawej górnej kończynie dopiero za 50-em podniesieniem ruch ten pada do o. Dynamometr wskazuje po prawej 38 kilo, po lewej 30.

23. V. 92. Polepszenie jest wyraźniejsze w dolnych kończynach; chory może nawet biedz, co przedtem było niemożliwe. Ruchy dolnej kończyny ku tyłowi odbywają się z łatwością, w położeniu poziomem może chory wielokrotnie podnieść nogę ku górze, jakkolwiek energia tych ruchów pozostawia jeszcze do życzenia. To samo tyczy się i ruchów ramienia. W obrębie twarzy istnieje jeszcze pewne zboczenie: chory nie może dość silnie wydać policzków, przy lekkim ucisku na nie powietrze uchodzi nosem i przez szparę ustną; chory również słabo napina wargi, jakkolwiek odzyskał możność gwizdania.

7. VI. 92. Chory odbył dobrze niewielką podróż; w powrotnej drodze jednak, wsiadając na wóz, musiał nogi podnosić przy pomocy rąk.

9. VI. 92. Nogi są znowu słabsze, chory trudniej je podnosi, nie może szybko wstępować na schody, zmęczenie występuje łatwiej. Skarży się na ból między lewą łopatką i kręgosłupem. Pogorszenie to wkrótce ustąpiło.

17. VI. 92. Od onegdaj bezwładność jest znowu większa; przeważnie manifestuje się ona przy wstępowaniu na schody. Zupełne wyczerpanie występuje w ramionach już po 20, w stawach biodrowych po 17 podniesieniach, wobec przeszło 30 podczas ubiegłych dni.

27. VI. 92. Wczoraj po napisaniu listu, głowa opadła ku przodowi; chory poczuł palenie w lewej łopatce, którego zazwyczaj doznaje w pozycji nachylonej, po zmęczeniu. Przy zginaniu i wyprostowywaniu naprzemian palców występuje dość szybko paraża mięśnia wyprostnego, mianowicie IV-go palca, lecz również prędko przemija.

1. VII. 92. Po dłuższem chodzeniu lub też podczas zmęczenia, spowodowane go inną jakąś przyczyną, występuje jeszcze krótki oddech. Odruch od kości promieniowej, od mięśnia trójąłowego ramienia otrzymać jest trudniej, niż dawniej. Stosuje się to i do odruchów kolanowych, z których prawy mianowicie nie przy każdym występuje uderzeniu, a zawsze opieszalej niż lewy; zdaje się nawet, że prawy odruch słabnie w miarę wywoływania go, co nie tak wyraźnie występuje po stronie lewej. Odruchy ACHILLES'a obustronnie prawidłowe.

8. VII. 92. Zmęczenie zjawia się znacznie później, a czynność mięśnia nie spada już do o, nawet po wielu podniesieniach nogi lub ramienia. Powrót czynności do stanu prawidłowego odbywa się również szybciej, niż przedtem. Odruchy kolanowe są dziś dość żywe. Chory czuje się o tyle lepiej na zdrowiu, że zawiesza leżenie i opuszcza Warszawę. Przez cały czas obserwacji galwanizowano chorego systematycznie co drugi dzień wstępującym prądem o 2—4 MA wzdłuż rdzenia i wpoprzek obu wyrostków sutkowych.

20. X. 92. Otrzymałem listowne zawiadomienie od kol. RODZIEWICZA o stanie pacjenta. Czuł się on po powrocie dość dobrze, jakkolwiek nie zupełnie zdrowym. Po miesiącu wystąpiło wskutek przestrawienia drżenie w nogach i większe osłabienie we wszystkich kończynach, wszakże nie w tym stopniu, co dawniej. Pracować

*

chory nie jest w stanie, ponieważ szybko się męczy i dostaje krótkiego oddechu, może jednak daleko więcej, niż dawniej, chodzić i o własnej sile wsiadać do wehikułu. Obecnie jeszcze zdarza się, że chory nie jest w stanie sam do ust pokarmy podnosić. Wciąż jeszcze uskarża się na uczucie palenia między łopatkami i w karku. Wydymanie policzków jest niedostateczne, żucie odbywa się prawidłowo, lecz boczne ruchy żuchwy są dość słabe. Mięśnie karku, tułowia i kończyn są słabe, i bierny opór łatwo znosi ich czynności; nie zdarza się już, aby pochyłona ku przodowi głowa nie mogła być wyprostowaną. Zmęczenie po podnoszeniu ramion występuje później niż dawniej; ramię jest wtedy jak gdyby w stanie zupełnego wiotkiego porażenia; również późno pojawia się bezwładność w mięśniach wyprostnych palców. Nogi w pozycji leżącej mogą być tylko 24 razy z rzędu podniesione. Odruchy kolanowe żywe, odruch mięśnia trójgłowego ramienia wyraźny, odruch od kości promieniowej wzmożony. Od tegoż kolegi otrzymałem. 16. III. 93 znowu obszerny list, z którego dowiaduję się, że poprawa szła stopniowo, za wyłączeniem krótkotrwałego przestrachem spowodowanego nasilenia, i że chorego w obecnej chwili uważać można za prawie wyleczonego. Wszystkie odruchy ścięgniaste (włączając i odruch od kości promieniowej) są żywe.

W powyższym przypadku rozwinęły się również szybko objawy niedowład u 27-letniego silnego mężczyzny. W ciągu 2-ch tygodni stał się on niezdolnym do jakiegokolwiek dłuższej pracy; nawet chodzenie stało się uciążliwym i towarzyszy mu krótki oddech. Najpierw dotknięte zostają ramiona, później uda, z mięśni tułowia ulegają niedowładowi mięśnie karku i brzucha, w zakresie nerwów opuszkowych zwraca uwagę chorego zmęczenie przy żuciu. Obserwacja chorego zaczęła się w chwili zupełnego rozwoju choroby po 4-miesięcznem jej trwaniu.

I w tym przypadku okazały się dotkniętymi te mięśnie kończyn, które się znajdują bliżej tułowia i doń się przyczepiają: naramienny, lędźwiobiodrowy, *tensor fasciae latae*, prosty uda, pośladkowe. Oprócz gałęzi ruchowej nerwu trójdzielnego, były i dolne gałęzie nerwów twarzowych w stanie parezy, chory po dłuższej rozmowie męczył się i doznawał duszności. Na początku choroby wystąpił też bez powodu stan groźnej zapaści, z dusznością, co wywołało potrzebę zastosowania środków pobudzających. Widzimy tu to samo szczególne zjawisko szybkiego zmęczenia w dotkniętych mięśniach; ich sprawność spada do o, po niewielkiej ilości odpowiednich ruchów. Właściwości tego szybkiego wyczerpywania się funkcji są te same, co w przypadku poprzedzającym. Mniej wybitnie występowało to zjawisko w mięśniu wyprostnym palców wspólnym.

I tu znajdujemy ciągłą fluktuację objawów, wahania w natężeniu zjawisk chorobowych nie tylko z dnia na dzień, lecz nawet w ciągu jednego dnia. Raz pogorszenie wydawało się spowodowanym niestrawnością. Pomimo tego poprawa z końcem 4; 5 miesięcy była niewątpliwą: już przy żuciu chory zmęczenia nie doznaje; wyczerpanie mięśni kończyn występuje później, sprawność ich nie spada już do o. Po upływie 6½ miesięcy chory ma się o tyle dobrze, że zaprzestać może leczenia.

Co się tyczy odruchów ścięgniastych, to były one na początku obserwacji, a więc na szczycie choroby raczej wzmożone; można było nawet wywołać słaby i krótkotrwały odruch stopowy; istniał również i odruch od kości promieniowej. Odruch żuchwowy był bardzo wyraźny. Ku końcowi obserwacji dały się spostrzegać wahania w zachowaniu się odruchów ścięgniastych; to udawało się je łatwo wywołać, to występowały słabo; lekki odruch stopowy znikł; poprawiła się nierówność odruchów kolanowych, mianowicie prawy był słabszy, niż lewy; zdawało się nawet, że prawy odruch kolanowy wyczerpywał się w miarę wywołania go.

Podobnież jak w przypadku poprzedzającym, nie było żadnych zaburzeń w sferze czucia, zmysłów, władz umysłowych, żadnych zaników, zmian pobudliwości elektrycznej, lub jakichkolwiek zboczeń w czynności pęcherza i odbytu.

Zupełnie uzdrowionym nie czuł się chory po zaprzestaniu leczenia; lecz po miesięcznej pauzie zjawilo się tak znaczne nasilenie wszystkich objawów, że równało się ono prawie recydywie. Obraz chorobowy jest podobny do poprzedniego, wszakże objawy nie dosięgły swego dawnego natężenia. Ta eksacerbacja jest krótkotrwałą i ustępuje polepszeniu, które stopniowo przechodzi w zupełne wyzdrowienie. (D. c. n.)

O odporności (immunitas).

Rozbiór krytyczny istniejących teorii

Podał D-r M. Sadowski.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 15).

Wobec niewyjaśnionej jeszcze zupełnie zatem tej kwestyi, jeden z podstawowych punktów wyjścia dla teorii zatrzymania, jako niezupełnie uzasadniony, osłabia ją znacznie.

2) Teorya wyczerpania (*Erschöpfungstheorie*). Teoryę tę wygłosili KLEBS i PASTEUR. Odporność, według tej teorii, polega na tem, że podczas pierwszego napadu bakteryi na ustrój zwierzęcy, czy to przy powstaniu pewnej choroby zakaźnej, czy też przy szczepieniach ochronnych, wyczerpuje się z ustroju materiał potrzebny do rozwoju, do rozmnażania się i dalszego życia tychże drobnoustrojów. Przy powtórnym napadzie, bakterye, nie znajdując więcej dla siebie odpowiedniego materiału odżywczego, rozmnażać się, ani istnieć nawet nie mogą, giną i choroba nie powstaje zupełnie. PASTEUR wygłosił tę teoryę, objaśniając powstanie odporności u kur względem cholery kurzej, wywołanej zapomocą odpowiednich szczepień ochronnych. Odporność jagniąt owiec algierskich przy doświadczeniach CHAUVEAU, PASTEUR uważa za właściwsze objaśnić zapomocą swojej teorii, aniżeli zapomocą teorii zatrzymania. Pomiedzy innymi powstaje przeciwko tej teorii BITTER uczeń FLÜGGEgo, twierdząc, że przy ciąglem odnawianiu się ustroju, raz wyczerpane produkty, potrzebne do życia bakteryi, z czasem na nowo muszą się wytworzyć, i po raz drugi napadające na ustrój bakterye tego braku by nie znalazły. Wiadomo jest zresztą, że krew zwierząt odpornych względem pewnych drobnoustrojów, po wypuszczeniu z naczyń, bywa dobrą podłożem dla tychże drobnoustrojów. Widocznem więc jest, iż o jakimkolwiek wyczerpaniu substancyi potrzebnych dla rozwoju i życia bakteryi w danym razie mowy być nie może.

3) Teorya przyswajania (*Assimilationstheorie*). Teoryę tę wypowiedział w swej pracy doktoryzacyjnej PETRUSCHKY uczeń BAUMGARTEN'a. Autor ten, robiąc doświadczenia na żabach, jak wiadomo, posiadających zupełną odporność względem hodowli karbunkułowich, bynajmniej nie mógł zauważyć zupełnej fagocytozy, jak tego chce MIECZNIKOW. Otóż, wypowiada on w końcu swej pracy zdanie, że przyczyny odporności u żab, przynajmniej

względem karbunkułu, trzeba szukać nie na drodze badań morfologicznych, lecz biologiczno-chemicznych. Żaba, według tego autora, stąd jest odporną względem laseczników i zarodników karbunkułowych, że te bakterye nie są w stanie przyswajać sobie soków ustroju żaby; dodaje przytem, że, być może, odporność żab warunkuje się z drugiej strony obecnością we krwi tych zwierząt pewnych substancyi szkodliwych dla hodowli karbunkułowych, nie pozwalających na rozmnażanie się laseczników i powodujących ich ostateczny rozpad. Autor bliżej nie określa tych substancyi, przypuszcza jednak, iż, być może, i kwas węglowy, znajdujący się w limfie u żab, wywiera także zgubny wpływ na laseczники karbunkułowe.

Co do teoryi przyswajania, to popierają ją BAUMGARTEN i FARENHOLTZ, wogóle jednak nie znalazła ona wielu zwolenników. Energicznie zaś przeciwko niej wystąpił MIECZNIKOW, nie tylko na drodze teoretycznych rozumowań, lecz i zapomocą badań doświadczalnych. PETRUSCHKY nie pozostał mu dłużnym w swojej odpowiedzi, co nie przeszkadza jednak, że sprawa fagocytozy nic na tem nie zyskała, i obie strony dotąd pozostały wzajemnie nie przekonane, co do absolutnej wartości swoich teoryi.

4) Teorya, według której przyczynę odporności pewnych zwierząt względem pewnych rodzajów bakteryi przypisać należy bakterjobójczym własnościom krwi tych zwierząt. Jak wiadomo, już GROHMANN zwrócił uwagę na ten fakt, że bakterye giną w świeżej krwi, toż samo zauważył przy swoich doświadczeniach FODOR. BUCHNER jednak pierwszy rzecz tę opracował dokładnie, opisał dokładniejsze sposoby badania i przez to zwrócił większą uwagę na krew samą i jej surowicę, całkowicie pozbawioną komórek, wykazując, iż surowica krwi posiada własności bakterjobójcze. W szeregu prac BUCHNER'a o tym przedmiocie, widzimy, że autor starał się przekonać, jakie mianowicie części składowe surowicy krwi ten zabójczy wpływ na bakterye wywierają. Na zasadzie odpowiednich doświadczeń przychodzi on do przekonania, że bakterjobójcze własności surowicy krwi zależą od działania ciał białkowych. Bliżej jednak tych ciał nie określa, dodając, że wogóle badanie chemiczne białka możliwem jest tylko co do białka już martwego. Białko w stanie żywym nie jest dostępnem dla naszego badania, a temu właśnie przypisać należy bakterjobójcze własności krwi.

Badania i prace BUCHNER'a zachęciły wielu badaczy do robienia dalszych doświadczeń w tym kierunku. BEHRING, NISSEN, LUBARCH i inni w swoich doświadczeniach dochodzą do podobnych lub nie wiele różniących się wniosków.

Streszczenie tych prac nie jest celem naszego artykułu, jak również i streszczenie nowszych prac mających związek z tak zwanem leczeniem zapomocą surowicy krwi (*serumtherapie*). Zwolennicy fagocytozy, a zwłaszcza twórca teoryi fagocytów, uważają za niemożliwe zapomocą własności bakterjobójczych krwi objaśniać przyczynę odporności. Opierają się oni głównie na tem, że krew zwierząt, nawet bardzo wrażliwych na działanie pewnych bakteryi, posiada jednak zewnątrz naczyń bakterjobójcze własności, i przeciwnie, krew zwierząt odpornych nieraz tych własności nie posiada. Nie zapominajmy jednak, jak wielka zachodzi różnica pomiędzy krwią krążącą w naczyniach, a krwią wypuszczoną z nich i znajdującą się w probówce, a więc pozbawioną działania żywych ścian naczyń. Różnice zatem zachodzące w działaniu krwi na drobnoustroje, w ustroju żyjącym i w probówce, nie upoważniają nas jeszcze do twierdzenia, że odporność ustroju zwierzęcego wzglę-

dem pewnych chorób zakaźnych nie może polegać na bakteryobójczych własnościach krwi.

Jakśmy to już wyżej, na początku niniejszego artykułu, wspomnieli, zadaniem naszym było przedstawić w krótkiej i zwięzłej formie istniejące dotąd teorie odporności, oraz zasady, które, opierając się na nich, pozwoliłyby twórcom tych teorii objaśniać istotę odporności. Nie mogliśmy więc, chcąc nie zbaczać od raz wytkniętego celu, uwzględnić wszystkich tych prac, wszystkich tych doświadczeń, które w tak wielkiej ilości zjawily się w ostatnich czasach i które mają nieraz zupełnie bezpośredni związek z omawianymi teoryjami. Czytelnik, bliżej interesujący się tym przedmiotem, znajdzie je bez wielkiego trudu. Co się zaś tyczy wyżej wyszczególnionych teorii odporności, to sądzę, że żadna z nich nie może nas zadowolnić, żadna bowiem z nich nie jest w stanie w zupełności, w każdym poszczególnym przypadku objaśnić przyczynę odporności względem danej choroby zakaźnej. Dalsze więc prace w tym kierunku są jeszcze bardzo pożądanymi. Do jakich one wyników przyprowadzą właściwych badaczy, przesądzać jest niemożliwem. W każdym razie sądzę, że przyczyna odporności nie może być warunkowaną jednym tylko pojedynczym składnikiem naszego ustroju. Główny zapewne udział w jej powstawaniu muszą brać tak komórki jak i soki naszego organizmu, słowem ustrój nasz cały. Podtrzymywanie więc odpowiednio sił jego, właściwe odżywianie i hartowanie, unikanie wszelkich nadużyć, pozwoli nam istniejącą odporność utrzymać, zachwianą przywrócić do równowagi, utraconą z czasem znów odzyskać.

L I T E R A T U R A.

BAUMGARTEN. Lehrbuch der path. Mykol. Tom I. 1890. ZIEGLER. Ueber die Ursache u. das Wesen der Immunität des menschlichen Organismus gegen Infektionskrankheiten. Beiträge zur path. Anat. u. zur allg. Path. Tom V. 1889. str. 417. SAHLI. Ueber den modernen Stand der Immunitätsfrage. Schw. Corr. Blatt. 15. Sept. 1888. MIECZNIKOW. Ueber eine Sprosspilzkrankheit der Daphnien. Beitrag zur Lehre über den Kampf der Phagocyten gegen Krankheitserreger. Vir. Arch. T. 96. 1884. MIECZNIKOW. Ueber die Beziehung der Phagocyten zu Milzbrandbacillen. Virch. Arch. T. 97. 1884. MIECZNIKOW. Sur la lutte des cellules de l'organisme contre l'invasion des microbes. Annales de l'inst. Pasteur 1887. Nr. 7. MIECZNIKOW. Ueber den Kampf der Zellen gegen die Erysipelkokken. Vir. Arch. T. 107. 1887. MIECZNIKOW. Ueber Phagocytenkampf beim Rückfalltyphus. Vir. Arch. T. 109. 1887. MIECZNIKOW. Ueber die phagocytäre Rolle der Tuberkelriesenzellen. Vir. Arch. T. 113. 1888. MASSART i BORDET. Recherches sur l'irritabilité des leucocytes et sur l'intervention de cette irritabilité dans la nutrition de cellules et dans l'inflammation. Refer. w Annales de l'inst. Pasteur. 1890. Nr. 4. HESS. Untersuchungen zur Phagocytenlehre. Vir. Arch. T. 109. 1887. LUBARSCH. Ueber Abschwächung der Milzbrandbacillen im Froschkörper. Fort. der Medizin. 1888. Nr. 4. BOUCHARD. Essai d'une theorie de l'infection; maladie; guérison; immunité; virus; vaccin. La semaine medicale. 1890. Nr. 34. FLUEGGE. Studien über die Abschwächung virulenter Bakterien u. die erworbene Immunität. Zeit. für Hyg. T. IV. 1888. BITTER. Ueber die Verbreitung des Vaccin's u. über die Ausdehnung des Impfschutzes im Körper des Impfling's. Zeit. für Hyg. T. IV. 1888. BITTER. Kritische Bemerkungen zur E. Metschnikoff's Fagocytenlehre. Zeit. für Hyg. T. IV. 1888. NUTTALL. Experimente über die bacterienfeindlichen Einflüsse des thierischen Körpers. Zeit. für Hyg. T. IV. 1888. PETRUSCHKY. Untersuchungen über die Immunität des Frosches gegen Milzbrand. In. Diss. Iena. 1888. BAUMGARTEN. Ueber das „Experimentum crucis“ der Phagocytenlehre. Beitr. zur path. Anat. u. all. Path. T. VII. 1889.

FAHRENHOLTZ. Beiträge zur Kritik der Metschnikoffschen Phagocytenlehre i t. d. In. Diss. Königsberg, 1889. WOLFBURG. Untersuchungen zur Theorie des Impfschutzes sowie über die Regeneration der Pockenanlage. Ergänzungshefte zum Centralblatt für allg. Gesundheitspflege. T. I. 1888. CHRISTMAS-DIRKINCK-HOLMFELD. Ueber Immunität u. Phagocytose. Fort. der Med. 1887. Nr. 13. RIBBERT. Neuere Arbeiten über das Absterben pathogener Mikroorganismen im Körper. Deut. Med. Woch. 1888. Nr. 20. EMMERICH i Di MATTEI. Ueber die Vernichtung der Milzbrandbacillen im Organismus. Fort. der Med. 1887. Nr. 20. WERNICHE. Die aromatischen Fäulnisproducte u. ihre Einwirkung auf Spalt- u. Sprosspilze. Vir. Arch. T. 78. CHAUVÉAU. Nouvelles expériences sur la résistance des moutons algeriens au sang de rate. Comp. rend. des séan. de l'acc. de sci. T. 90. 1880. CHAUVÉAU. Des causes etc. ibidem. CHAUVÉAU. Nature de l'immunité etc. ibidem T. 91. 1880. CHAUVÉAU. Du renforcement de l'immunité etc. ibidem str. 148. CHAUVÉAU. Sur le mecanisme de l'immunité. Annales de l'ins. Pasteur. 1888. Nr. 2. PASTEUR. Sur le choléra des pouls; études etc. Comp. rend. de l'acc. de sci. T. 90. 1880. GROHMANN. Ueber die Einwirkung des zellenfreien Blutplasma auf einige pflanzl. Mikroorganismen. Dorpat. 1884. FODOR. Die Fähigkeit des Blutes Bacterien zu vernichten. Deut. Med. Woch. 1887. Nr. 34. BUCHNER. Ueber die bacterientödtende Wirkung des zellenfreien Blutserums. Cent. für Bacter. T. V. Nr. 25. i T. VI. Nr. 1. 1889. BUCHNER. Ueber die nähere Natur der bacterientödtenden Substanz im Blutserum. Cent. für Bacter. T. VI. Nr. 21. 1889. NISSEN. Zur Kenntniss der bacterienvernichtenden Eigenschaften des Blutes. Zeit. für Hyg. T. VI. 1889. LUBARSCHE. Ueber die bacterienvernichtenden Eigenschaften des Blutes. Cent. für Bacter. T. VI. 1889. Nr. 18. BEHRING. Ueber die Ursache der Immunität von Ratten gegen Milzbrand. Cent. für klin. Med. 1888. Nr. 38. BEHRING. Beiträge zur Aetiologie des Milzbrandes. Zeit. für. Hyg. T. VI. 1889.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 11 Kwietnia r. b.

Kol. NEUGEBAUER przedstawił drugi preparat „*missed abortion*“; w odnośnym przypadku poronienie nastąpiło w 11-ym tygodniu po domniemanem zająściu w ciążę, płód zaś co do rozwoju odpowiadał połowie 6-go tygodnia.

W sprawie techniki operacyjnej zranień przepony.

Kol. BORSUK odczytał rzecz pod powyższym tytułem, która ukaże się w *Medycynie*.

D y s k u s y a:

Kol. SAWICKI zwraca uwagę na opisany przypadek, jako na bardzo interesujący, wobec nierozstrzygniętej dotychczas kwestyi, jak należy w tych razach postępować. Operowanie ze strony opłucnej jest wogóle niedogodne, w pewnych jednak przypadkach może być właściwem, np. przy zranieniach przepony od tyłu w bliskości kręgosłupa. Wogóle jest zdania, że przy ranach zadawanych od tyłu, należy otwierać jamę piersiową, przy zranieniu zaś od przodu jamę brzuszną. Wobec przepuklin przeponowych również zalecałby cięcie przez klatkę piersiową.

Kol. BORSUK przemawia stanowczo za tem, aby zawsze wykonywać laparotomię, przy której obojętnie można narządy jamy brzusznej i przekonać się o ich zranieniu.

Kol. SZTEYNER nie zgadza się na to, aby w każdym przypadku otwierać jamę brzuszną; tam gdzie rana przepony nie jest wielka, gdzie inno narządy nie są zranione, zagojenie następuje często bez poważniejszej interweneyi. Na dowód tego przytacza przypadek spostrzegany ostatniemi czasy w klinice chirurgicznej: chory przybył z raną kłotą przepony po stronie prawej z jednoczesnem zranieniem opłucnej i otrzewnej, rana skórna była powierzchownie i niezdarnie zoszyta przez felczera. Po zdjęciu tego szwu i oczyszczeniu rany ze skrzepów zaszyto ją *lege artis*; po kilku dniach wytworzył się w okolicy rany głęboki ropień, który otworzono i przekonano się, że rany i w opłucnej i w otrzewnej były już wtedy zgojone.

Prezes PRZEWOSKI nadmienia, że tak pomyślnie nawet zejście w przypadku świeżym niczego nie dowodzi i reguły postępowania stanowić nie może. Z badań własnych na zwierzętach przekonał się, że rana przepony przyjmuje kształt eliptyczny, lub okrągły, brzegi jej nie zbliżają się i zabliznienie może nastąpić tylko przy zlepnym zapaleniu otrzewnej. W przeciwnym razie rana pozostaje otwarta; występuje przepuklina przeponowa, którą rozpoznać jest trudno, a która może dać powód do zaburzeń bardzo poważnych.

Kol. SZTEYNER sądzi, że w przytoczonym przezeń przypadku można rokować pomyślniej, rana bowiem była niewielka i przytem z prawej strony, wątroba więc zatykała otwór w przeponie; prócz tego nastąpiło zapalenie zlepné i opłucnej i otrzewnej, o czem można się było przekonać przy otwieraniu ropnia.

Kol. SAWICKI zaznacza, że jakkolwiek opłucna mogła zarosnąć, otwór jednak w przeponie pozostał i może kiedyś dać powód do przepukliny; obawiać się tego szczególnie należy u kobiet podczas ciąży. Podnosi dalej kwestyę ogólniejszą, czy przy ranach brzucha robić zawsze laparotomię, czy nie robić? Jeżeli przypadek kol. SZTEYNERA zakończył się pomyślnie, to należy on do wyjątków i postępowania takiego za regułę uważać nie można.

Kol. BORSUK przytacza przypadek, dowodzący, że przy każdej ranie drążącej brzucha wskazaną jest laparotomia. Latem, w porze odnawiania sali operacyjnej, przywieziono do szpitala chorego, który został uderzony w brzuch; rana była niewielka; na korytarzu szpitalnym, bez należytej pomocy wykonał B. laparotomię i nie znalazłszy przy pobieżnym przeglądzie trzewiów brzusznych żadnego uszkodzenia, brzuch zaszył. Po dwóch tygodniach chory zmarł wśród objawów zapalenia otrzewnej; przy badaniu pośmiertnem znaleziono ranę żołądka, przeoczoną podczas operacji.

Kol. KIJEWSKI, w odpowiedzi na powyższe, przytacza doświadczenia na zwierzętach TRZEBICKIEGO, który przy głębokich nawet wklóciach nożem do jamy brzusznej, nie zawsze mógł zranić kiskę; to samo miało miejsce w spostrzeżeniach RECLUS'a przy ranach postrzałowych i kłótych. Dowodzi to, że nie w każdym przypadku, zwłaszcza ran kłótych, laparotomia jest konieczną. Przy wyraźnych objawach uszkodzenia kiszki należy naturalnie przystępować bezzwłocznie do laparotomii, w przeciwnym razie stosowniejszem będzie postępowanie ostrożne i nienarażanie chorego na skutki zgubne ciężkiej operacji.

Kol. SAWICKI mówi, że doświadczenia TRZEBICKIEGO niczego nie dowodzą, gdyż jelita psów są daleko odporniejsze, niż ludzkie; co zaś do RECLUS'a, to są prace nowsze i lepsze, które nie zgadzają się z wywodami tego autora. Ze statystyki zebranej przez GABSZEWICZA widać, że przy ranach brzucha tylko 25% wyzdrowiwa bez laparotomii, a 75% po dokonaniu tej operacji. Ważnem jest i to, że najniebezpieczniejsze są rany jelit cienkich, mniej groźne rany żołądka i kiszki grubej; o miejscu zranienia jednak przekonać się można tylko przy laparotomii. Mniejszą w każdym razie szkodę przyniesie choremu laparotomia nawet niepotrzebna, próbna, niż zaniechanie operacji tam, gdzie nastąpiło zranienie jednego z narządów jamy brzusznej.

Kol. BUJWID zaznacza, że nawet u różnych zwierząt odporność kisek nie jest jednakowa; zranienie np. kiszki psa jest daleko trudniejsze niż królika; dlatego też do tych doświadczeń na zwierzętach zbyt wielkiej wagi przywiązywać nie należy.

ODCINEK.

W kwestyi pomocy lekarskiej w fabrykach.

Podnosząc należycie zasługę kol. BIEGAŃSKIEGO, za poruszenie kwestyi fabrycznej, chciałbym wypowiedzieć parę uwag, w których nie zgadzam się z autorem, mianowicie odnośnie płacy lekarza fabrycznego. Kolega B., wychodząc z zasady, że głównym bodźcem dla lekarza jest jego wynagrodzenie, stawia jako najlepszy sposób wynagradzania, opłatę za każdorazowo podaną pomoc.

Przedstawiając ułomności właściwe naturze ludzkiej ze strony lekarza, zapomina autor o możliwości tychże w zarządzie fabryki. Niedbałość ze strony lekarza, może tylko w niektórych, a nawet w wyjątkowych tylko razach przejawia się; tymczasem zarząd fabryki stale radby o ile możności zmniejszyć wydatki na poboczne, nie bezpośrednio użyteczne dla siebie cele, do których przedewszystkiem zalicza leczenie robotników. Chory robotnik staje się niepotrzebnym balastem dla fabryki, który nie tylko nie pracuje w przeciagu choroby, lecz jeszcze jest źródłem wydatku. Nie mogąc zmniejszyć lub usunąć pierwszego złego, fabryka stara się przynajmniej uniknąć drugiego t. j. wydatków. Dla tego też w tych wypadkach, gdzie pomoc lekarska bywa opłacana nie ogólnie, lecz za każdą oddzielną poradę, daje się zauważyć fakt ten, że nieraz nawet ciężko chorzy nie udają się o pomoc lekarską. Robotnik wie, że każda jego rada pociąga za sobą wydatek dla fabryki, że zarząd fabryki niechętnem okiem spogląda na częściej się radzących lub dłużej chorych i rad się ich pozbywa; dla tego albo się obywa bez lekarza, albo udaje się do niego w ostateczności. Przy małej wierze w skuteczność pomocy lekarskiej pośród ludu prostego, nawet chęć prędszego wyzdrowienia małą tu odgrywa rolę. Jeżeli jeszcze w danym wypadku, jak to się często zdarza, przyłącza się niechęć ze strony administracyi fabryki, to położenie chorego robotnika staje się godnem pożałowania. Na prośby robotnika o pomoc lekarską, fabrykant daje mu kilka lub kilkadziesiąt kopiejek i proponuje mu wezwać felerza dla postawienia baniek, pijawek i t. p. środków, które lud prosty lubi i którym zupełnie dowierza.

Widzimy więc, że sposób wynagradzania podany przez kol. B., może być dobrym tylko w wyjątkowych razach, przy rozsądku i ludzkości ze strony zarządu fabryki. Poniemaz przy tym sposobie wynagradzania, istnieje pobudka dodatnia tylko dla działalności lekarza, lecz niema żadnej, a raczej tylko ujemna dla zarządu fabryki, więc sądzę, że sposób ten może być tylko tolerowanym, lecz nigdy — stawianym jako lepszy od innych.

Lekarz płatny ogólnie od liczby robotników pracujących w fabryce, może tylko wtenczas lekceważyć chorych fabrycznych, jeżeli opłata jest tak małą, że utrata jej nie przynosi uszczerbku lekarzowi.

Niestety, tak też zwykle bywa, a przy zwiększającej się podaży ze strony lekarzy stan ten prawdopodobnie tylko pogarszać się może. Lekarz będąc dobrze wynagradzany, nie będzie lekko traktować chorych fabrycznych, bo wie, że przy niezadowoleniu ich może utracić miejsce.

W razie dłuższej lub cięższej choroby robotnika, nie będzie się oglądał na przyniesioną kartkę z fabryki, wzywającą go do chorego, lecz sam, jeżeli nie z poczucia obowiązku, to z obawy utraty posady, będzie starał się o możliwie dobrą i prędką pomoc dla robotnika. Sam zrosztą robotnik, wiedząc że ma prawo bez żadnej rachuby, żądać pomocy lekarza, będzie się zwracał o pomoc wcześniej i w każdym wypadku, i tym sposobem rozbudzi się w nim i wiara w lekarza i uniknie się leczenia przez felerów, baby i znachorów.

Trzeba tylko, powtarzam, wymagać większego wynagrodzenia za swoją pracę, a dość będzie czynników, by lekarz nie lekceważył sobie robotników chorych, bo co do synekury, to sami robotnicy nie pozwolą na to. Według mego zdania, minimalna płaca powinna być 1 rs. od robotnika rocznie w większych fabrykach i 2—3 w mniejszych.

Przeciążenia pracą lekarza wskutek symulacyi robotników, sądzę, można łatwo uniknąć. Przy pewnem doświadczeniu łatwo poznać symulację, a wtedy zaordynowanie jakiego niemilego (nb. nieszkodliwego) środka zniechęci symulantów do odwiedzania lekarza. Tak np. postępuję w swoich ambulatoriach; każdemu symulantowi daję do wypicia na miejscu łyżkę ol. ricini, i środek ten niewinny okazał się bardzo skutecznym dla usunięcia niepożądanego balastu.

Dobłą radę podaje kol. B.: naznaczenie godzin ambulatoryjnych po za godzinami roboczymi, lecz spóźniona wieczorna pora może być bardzo niedogodną, tak dla lekarzy, jak i dla prawdziwie chorych robotników.

Jedną z najbardziej palących kwestyi, poruszonych przez kol. B., jest udzielanie pomocy materialnej rodzinie chorego robotnika; nie mając co jeść, trudno, by robotnik mógł przyjąć prędko do sił; jako rekonwalescent zaś zbyt wczesnie powraca do pracy.

Prawidła, wydane przez inspekcję fabryczną, wyszły tak niedawno, że nie mogły dotąd ujawnić swych dobrych ani złych stron, i sądzę, że kwestya ta będzie uwzględnioną i ustanowione zostaną owe t. z. „Krankenkaſſe“ powstające ze składek robotników które okazały się tak praktycznymi, o czem sam mogłem się przekonać w Tomaszowie

będąc lekarzem paru takich stowarzyszeń. Udzielanie zapomóg z kasy powinno odbywać się pod kontrolą samych robotników, którzy najlepiej mogą wiedzieć o środkach materalnych swych towarzyszków. W razie lżejszej choroby, szczególnie gdy chory może pracować w domu, zapomoga powinna być mniejszą, w razie zaś cięższej choroby, może dochodzić do wysokości dziennego zarobku, lub nawet go przewyższać, ze względu na większe wydatki, chociażby na lepszy wybór pokarmów dla chorego.

Lekarz miejski w Częstochowie, *G. Pisarzewski*.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

66. SCHLANGE. **Rokowanie wobec promienicy.** W przeciągu 6-iu lat w klinice BERGMANN'a spostrzegł S. 130 przypadków promienicy (*aktinomykosis*); z tej liczby mały tylko procent zakończył się śmiercią, większość chorych wyszła wyleczona zupełnie, lub opuściła klinikę z przetoką. Chcąc się dowiedzieć o dalszym losie, S. zbierał dane i przekonał się, że w 40 razach nastąpiło ostateczne wyleczenie. Autor sądzi, że samoistne wyleczenie w promienicy nie należy do rzadkości i że w wielu przypadkach nawet nastąpić ono może bez naszej interwencji. Do wyleczenia wystarczają po większej części małe rękoczyny (cięcie i wyłyżeczkowanie); od paru lat w ten sposób postępują w klinice berlińskiej, że nie wycinają stwardniałych tkanek, tylko rozmiękczone ogniska wyskrobują, po paru tygodniach można widzieć jak ustępuje szczękoscisk i nacieki rozległe; rzadko tylko nowe rękoczyny są potrzebne. Poprawa stanu ogólnego, ustąpienie swoistego charłactwa następuje jednocześnie z gojeniem się miejscowego ogniska choroby.

W końcu swej pracy S. wyprowadza następujące wnioski: promienica głowy i szyi z wyjątkiem nielicznych przypadków, gdzie sprawa rozszerza się na podstawę czaszki (ze szczęki górnej), przebiega pomyślnie; w przeciągu kilku miesięcy następuje wyleczenie. Do wyjątków należą przypadki, w których przetoka nie goi się w ciągu roku, lub się odnawia. Promienica płuc, uważana dotąd za chorobę śmiertelną, możliwa jest do wyleczenia (S. podaje przypadek wyleczenia stwierdzonego w 6 lat po operacji wycięcia 2-ch żeber). Rokowanie wobec promienicy jelit jest tem pomyślniejsze, im więcej sprawa szerzy się na przednią ścianę brzucha; wyleczenie nie należy tu do rzadkości. Rozszerzanie się choroby do tkanek zaotrzewnowych wpływa niepomyślnie na wydalanie grzybków; zwyrodnienie mączkownic narządów wewnętrznych pociąga za sobą wówczas śmierć chorych. Jeżeli promienica przebiega pod postacią ropnicy przewlekłej, to kończy się śmiercią. W niektórych razach promienica może mieć przebieg bardzo przewlekły, 13 lat i dłużej, jeżeli nie zajmuje narządów ważnych dla życia, lecz szerzy się po tkance łącznej w pobliżu kręgosłupa. (*Archiv f. klin. Chirurgie B. 44. s. 863*). *W. S.*

67. WILD. **Przypadek ubocznego działania hydrastiny przy dłuższem jej użyciu.** U 39-letniej kobiety, cierpiącej oddawna na obfite miesiączkowanie, zrobił autor w przeciąg 43-ch dni 17 wstrzykiwań hydrastiny po 0,1. Po ostatnim chora zaczęła się skarżyć na ból gardła, który zresztą trwał już od 6-iu dni. Przy badaniu znalazł autor na tylnej ścianie gardzieli ograniczone naloty, wznoszące się na 2 mm. ponad błoną śluzową, zresztą prawidłowo wyglądającą. W przeciągu następnych 5-iu dni objawy ze strony gardła potęgowały się, naloty rozszerzyły się, otaczająca je błona śluzowa przybrała barwę ciemno-czerwoną; ból gardła bardzo dokuczliwy. Dopiero 7-go dnia po ostatniem wstrzyknięciu gardło powróciło do stanu prawidłowego. Przypuszczając związek cierpieniem gardzieli a hydrastyną, W. zaniechał dalszego stosowania jej. Na usilne nalegania pacjentki jednak, po 9-dniowej pauzie zastrzyknął 0,07 hydrastiny. Już po 24-godzinach wystąpiło w całej pełni zapalenie gardzieli z tym samym charakterem, co przed 10 dniami. Po 5-iu dniach powrót do zdrowia. Autor objaśnia objawy ze strony gardzieli porażeniem nerwów wydzielniczych. *Z. Srebrny*.

68. REICH. **Działanie trujące czystego lizolu (lysolum purum).** Autor opisał przypadek, w którym wskutek pomyłki pomocnika aptekarskiego, zamiast 1% roztworu wydano czysty lizol, i za pomocą tegoż zrobiono opatrunek u dziecka; dziecko to wkrótce umarło.

We krwi i moczu jego znaleziono lizol w niewielkiej ilości, miejsca zaś opatrzone tym lekiem, były zmienione w wysokim stopniu, wskutek żrącego działania czystego lizolu.

Autor podaje nadto opis innego przypadku zatrucia czystym lizolem. U 23-letniego parobka, przeciw świerzbie, zamiast kreoliny użyto przez pomyłkę czystego lizolu. Po zapenzlowaniu szyi, piersi, grzbietu środkiem tym w ilości około 20 grm., chory upadł bez przytomności i dostał silnych drgawek, które z małemi przerwami trwały 45 minut. Po zmyciu lizolu z powierzchni ciała chory wrócił do przytomności, lecz skarżył się na silne bóle, naskórek bowiem na całej powierzchni ciała posmarowanej lizolem, płatami się złuszczył. Mocz nie zawierał ani krwi, ani walczków, białko zaś w niewielkiej ilości.

Autor na podstawie tych spostrzeżeń nie podziela zdania, jakoby lizol był mniej trującym od innych przetworów smołowych: przeciwnie, kreolina PEARSON'a, jako wolna od kwasu karbolowego, nie wywiera przy stosowaniu jej zewnętrznem działania trującego. R. domaga się, aby lizol, tak jak inne trujące środki antyseptyczne, wydawać z aptek z oznaczeniem na butelce, że lek ten jest trucizną, lub też, że środka tego bez rozcieńczenia zewnętrznie stosować nie można.

69. IOLLY. O bezwładach wskutek zatrucia arszenikiem i ołowiem. Autor obserwował przez czas dłuższy 27-letnią pacjentkę, która wypila roztwór arszeniku w zamiarze samobójczym. Po czterech tygodniach skonstatowano u niej brak odruchów kolanowych, silne osłabienie i zanik mięśni goleni oraz odczyn zwyrodnienia. Przypadek należał do lekkich, gdyż po dwóch miesiącach bezwład kończyn dolnych ustąpił i zaburzenia w sferze czuciowej znikły zupełnie.

Autor zaznacza, że obraz chorobowy po zatruciu arszenikiem zupełnie jest identyczny z obrazem *neuritis multiplex* i zdaje się potwierdzać wypowiedziany w 1875 r. przez LEYDEN'a pogląd, iż bezwłady arszenikowe są najprawdopodobniej wynikiem zwyrodnienia nerwów obwodowych: zupełne ustępowanie objawów chorobowych i szybka regeneracja dowodzą, że nie jest to cierpienie centralne.

Nieliczne badania anatomiczne nie doprowadziły jeszcze do zgodnego na tę kwestyę zapatrywania. ERLITZKY i RYBALKIN znaleźli przy bezwładach arszenikowych wyraźne zmiany w mięśniowych centrach troficznych, leżących w szarej substancji rdzenia. Zmiany te nie tłómaczą jednak wcale zaburzeń w sferze czuciowej, i dlatego o wiele racjonalniejszym zdaje się być zapatrywanie LEYDEN'a. Zmiany w szarej substancji rdzenia uważać należy za przypadkowe powikłanie. Bezwłady, występujące wskutek zatrucia ołowiem, mają wiele wspólnego z opisanemi wyżej, jednocześnie jednak mają one specjalnie charakteryzujące je cechy, zbadane dokładnie przez SEELIGMUELLER'a. Bezwłady te występują przeważnie w mięśniach kończyn górnych, rzadko towarzyszą im zaburzenia w sferze czuciowej, ulegają im zawsze te same grupy mięśniowe i zawsze w tym samym porządku: wyprostne mięśnie przedramienia, małe mięśnie rąk, wyprostne mięśnie ramienia.

Fakty te zdają się dowodzić, że cierpienie ma swe siedlisko w rdzeniu, czego też gorąco broni ERB. Przy badaniach pośmiertnych WESTPHAL, SCHULTZE i FRIEDLAENDER znajdowali zawsze szarą substancję rdzenia bez zmian, gdy v. MONAKOW i OPPENHEIM widzieli wyraźny zanik przednich rogów. Prace doświadczalne STIEGLITZ'a, który wywoływał u królików bezwłady po dłuższem pozostawianiu ich w powietrzu przesiąkniętem pyłem ołowianym, zapatrywanie to potwierdzają. STIEGLITZ widział u swoich królików wyraźną *poliomyelitis*.

Autor przytacza wynik badania pośmiertnego jednego obserwowanego przezeń przypadku; znalazł zanik nerwów obwodowych i zupełnie prawidłowy rdzeń. Podziela on pogląd LEYDEN'a, SCHULTZE'go i VIERORDT'a, którzy dowodzą, że bezwłady te należą także do kategorii bezwładów obwodowych. Trucizna działa na mięśnie i nerwy; jeżeli działanie to jest długotrwałe, to ulega zmianie cały pień nerwowy łączący obwód z rdzeniem, którego szara substancja staje się przez to skłonna do zmian chorobowych. Że bardzo rzadko rozwija się w niej istotna *poliomyelitis*, za tem przemawiają: zupełna regeneracja nerwów i ustępowanie bezwładów.

(*Deutsch. med. Wochenschr.* Nr. 5. 1893). S. P.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Twórca nowoczesnego leczenia ran, LISTER, miał w królewskim kolegium szpitalnem w Londynie wykład o antyseptyce, w którym streścił wyniki swego doświadczenia dotychczasowego. Zadanie antyseptyki polega wedle niego: 1) na niedopuszczeniu tworów gnilnych do rany podczas operacji; 2) na takim opatrzywaniu rany, któreby uniemożliwiało następce wnikanie tychże. Co do pierwszego punktu, Lister zaniechał użycia spray'u i irygacji, natomiast odgranicza otoczenie pola operacyjnego przy pomocy okładów pogrążanych w roztwór przeciwnilny. Do czyszczenia narzędzi, gąbek, rąk i pola operacyjnego, używa zawsze 5% karbolu. Podczas samej operacji stosuje roztwór 2½% karbolu. W braku środków przeciwnilnych wystarcza gotowanie narzędzi i opatrunków oraz gorąca woda. Co do samego opatrunku, LISTER przekłada suchy nad wilgotny. Jodoform jest dobrym jedynie dla ran otwartych, nie dla opatrunków w jamach. LISTER od lat 4-ch używa z doskonałym skutkiem gazy, przygotowywanej z podwójną solą cyanku rtęci i cynku, i napojonej barwnikiem anilinowym (rozolaną). Gazę macza przed nałożeniem w 5% karbolu. Do opatrunków w mniej dostępnych miejscach, np. odbycie, sromie, miesza ową sól podwójną sproszkowaną z 5% karbolem, nadając preparatowi formę ciasta. (Münch. m. W. 9—93).

— GIOVANNI stosował z bardzo dobrym skutkiem strychninę celem podniesienia osłabionej czynności serca, jaka bywa w zapaleniu płuc, tyfusie brzuszny, influency i różnych cierpieniach serca i nerek. Wyniki były doskonałe, zwłaszcza po dawkach większych. Zaczynał od 1 mgrm. dziennie w iniekcjach podskórnych, od 2 mgrm. przy stosowaniu per os, i dochodził do 12 mgrm., względnie do 5 cgrm. dziennie. Tak wysokie nawet dawki nie sprowadzały żadnych zjawisk ubocznych, jeśli dawkę podnoszono powoli i stopniowo. Występująca niekiedy bezsenność znikala wraz z odstawieniem środka. (Sem. med. 56—92).

— Celem zbadania zmian anatomicznych, powstałych wskutek przewlekłej rzeźączki cewkowej, FINGER dokonał poszukiwań na 120 trupach męskich, z których u 31 znalazł zmiany zależne od rzeźączki. Sprawa była umiejscowioną 22 razy w wiszącej części cewki, 6 razy w opuszcze, 2 razy w części błonistej, 12 razy w części krokowej; prócz tego były 7 razy zmiany w gruczole krokowym, 6 razy w pęcherzykach nasiennych, 5 razy w przyądrzach. Rozumie się, że u tego samego osobnika istniały zmiany zapalne nie w jednym

tylko miejscu, lecz w rozmaitych odcinkach cewki jednocześnie. Autor w pracy swej badał szczegółowiej zmiany tylko części wiszącej i błonistej. Wyniki były następujące: 1) Rzeźączka przewlekła jest zapaleniem tkanki łącznej podnabłonkowej, przebiegającym w dwóch okresach: nacieczenia i wytwarzania się tkanki łącznej; z następczą marskością i bliznami; 2) prócz tego spostrzega się powikłania, w postaci bujania i łuszczenia nieżytego, śluzowego zwyrodnienia nabłonka cewki, zmian w gruczolach LITTRE'go i w ciele jamistym; 3) zmianami następczemi zapalenia są: przemiana nabłonka słupkowego w płaski, zniszczenie lub zbliźnowacenie powierzchni uszkodzeń błony śluzowej oraz zanik gruczolów LITTRE'go. (Arch. f. Derm. 1891).

— MENSI zbadał bakteriologicznie przypadki zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, w którym znalazł lasecznika EBERTH'a. Wiadomo, iż poglądy co do przyczyny tej choroby są podzielone. Gdy jedni utrzymują, jakoby ona powstawała skutkiem wymienionego powyżej lasecznika, inni przyjmują tu obecność *Bac. coli com.* Autor na poparcie swego twierdzenia przytacza dowody następujące: 1) lasecznik żywo się porusza, czego nie spostrzegamy u *Bac. coli*; 2) lasecznik EBERTH'a nie daje odczynu indolowego; 3) nie posiada on własności fermentacyjnych i redukujących, jakie okazuje *Bac. coli*. (Rif. med. 1—93).

— Na zasadzie 55-letnich spostrzeżeń w stowarzyszeniu drukarzy berlińskich, ALBRECHT stwierdził, że 61% zejść śmiertelnych przypadało na choroby narządów oddechowych, a w tej liczbie 48% na gruźlicę tylko. Zatrucie ołowione nie jest tak groźnem, jak to dawniej przypuszczano. Jakkolwiek w pyłach z podłogi sal zecerzskich znaleziono do 10% ołowiu, to jednak w powietrzu wcale go nie było. (Viertelj. f. öff. Ges. 1891).

— MELLER opisał 23 letniego robotnika, głuchoniemego i dotkniętego zboczeniem rozwojowym rąk i stóp. U obu rąk brakuje palca średniego i odpowiedniej kości napiestkowej; u obu stóp brak 3-ch środkowych palców z odpowiedniami kośćmi stopy. Z powodu że w wolnych tych przestrzeniach rąk i stóp niema błon, powstały głębokie szczeliny, które chory jest w stanie zwać lub rozszerzać u rąk, lecz nie u stóp. Ostatnie falangi małych palców stóp zagięte są haczykowato. Poruszalność wszystkich palców jest normalną. Pacjent jest w stanie pisać, szyć, a chód ma prawidłowy. Przypadek ten należy do wielkich rzadkości, zwłaszcza, że sprawa dotyczy wszystkich kończyn, i to symetrycznie. (B. kl. W. 10—93).

= Choroba Morvana, w roku 1886 po raz pierwszy opisana, polega na porażeniu i znieczuleniu kończyn górnych, następnie kończyn dolnych, będących jednocześnie siedliskiem różnych zaburzeń odżywczych w postaci owrzodzeń, zastrzałów, kruchości tkanki kostnej i nadmiernego pocenia się. Zaburzenia czuciowe (nie-wrażliwość na ból i na wpływy termiczne) bywają znaczniejsze niż niedowład. GUIBERT, opisując jeden tego rodzaju przypadek, odróżnia go ściśle od syringomielii; w ostatniej podstawa anatomiczna jest jasną, w pierwszej dotychczas nieznaną dokładnie, jakkolwiek obie choroby i pod względem anatomicznym i klinicznym mają wiele podobieństwa. Zasługuje na uwagę, że najwybitniejszym objawem syringomielii jest zanik mięśniowy, zaś w chorobie MORVANA zastrzały z następczą nekrozą kości. Rokowanie jest niepomyślnem (B. kl. W. 10—93).

= KERLEY zaleca karmienie zapomocą zgłębnika przy niedających się powstrzymać wymiotach u noworodków. Zauważył on w domu podrzutków (New-York), że dzieci zatrzymywały 40-70 grm. wody przegotowanej, pomimo tego, że zrzuciły wszelkie inne płyny. Po przepłukaniu więc żołądka, K. wlewał przez zgłębnik pożywienie i przekonał się, iż ono pozostawało w żołądku. Dzieci uклада się poziomo na kolanach, wprowadza się zwykłym sposobem zgłębnik i wlewa 80--90 grm. pokarmu płynnego. Powtarza się tę czynność co 2—3 godziny. U 20 dzieci wykonano 132 karmienia; 109 razy nie było wymiotów; 11 dzieci miało mniej niż pół roku, reszta około roku (W. m. Pr. 10—93).

= O wartości leczniczej płukań gardła podaje kilka uwag KANTOROWICZ. Podczas ruchów naśladujących płukanie, widać przez odpowiednie ustawienie lusterka, że obie pary łuków podniebiennych kurczą się i płaszczą tak, iż brzegi zostają poruszane w kierunku ku linii środkowej, a migdały nieco podnoszone ku górze. Powstaje zatem ogólny skurcz mięśni gardzielowych. Jednocześnie podnosi się średnia $\frac{1}{3}$ część języka mało, tylna mocno w kierunku podniebienia miękkiego, skutkiem czego tylne łuki podniebienne zakryte zostają, a z przednich widzi się tylko część graniczącą z językiem. Podczas płukania wodą, język i podniebienie podnoszą się; widać przebiegającą w kierunku z prawej ku lewej stronie szczelinę, ponad środkiem której porusza się języczek. Okazuje się z tych badań, że płyn nie dochodzi wcale do migdałów podczas płukań, lecz opłukuje tylko języczek i przylegające doń części łuków podniebiennych. Że jednak skuteczność płukań powszechnie bywa uznawana, więc działanie ich przypisać należy jedynie mechanicznemu zmywaniu mas śluzowych i nabłonkowych; o wpływie przeciwnym na migdały nie może

być mowy, wystarczy zatem roztwór zwykłej soli kuchennej zamiast antyseptyków (D. m. Z. 10—93).

= Przypadek otrucia benzosolem (gwałtem benzowym) opisał JAKSCH. Dotyczył on 66 letniej, wyniszczonej kobiety, cierpiącej na moczówkę cukrową w umiarkowanym stopniu. Dawano 3—5,0 dziennie benzosolu w ciągu 4 dni. Nagle wystąpiła biegunka, żółtaczka, groźne osłabienie serca; ilość wydzielanego cukru z 40—50 grm. spadła do 10 grm., później znikł on w moczu zupełnie, lecz zjawiał się lekki białkomocz. W osadzie znaleziono liczne nabłonki kanalików nerkowych, żółciowo zabarwione, i dużo kryształków hematoïdyny. Sekcja wykryła ostre zapalenie kiszek cienkich i żółtaczkę zastoinową, niewątpliwie pochodzącą z zatrucia benzosolem (W. m. P. 10—93).

= PREISACH zdawał w Peszt. T. Lek. sprawę z działania formanilidu, nowego środka znieczulającego krtań. U 9-iu chorych dokonał on wdmuchiwań, po których w kilka minut ustawało bolesne polykanie na 10—12 godzin. Jednocześnie wrażliwość odruchowa błony śluzowej krtań była znacznie obniżoną. MEISELS otrzymywał szybkie znieczulenie przy operacjach chirurgicznych po wstrzyknięciu podskórnem 1 cm. sz. 3%-ego roztworu. TAUSZK spostrzegał u 15 chorych z kliniki terapeutycznej wybitny wpływ przeciwgorączkowy i przeciwbólowy, nie ustępujący antyfebrynie, antypirynie i morfinie. BOKAI stwierdził, iż środek ten tamuje krwawienia lepiej, niż antypiryna, skutkiem własności zwięzania naczyń. Podług NEUMANNA nie znieczula on miejscowo tak wybitnie, jak kokaina, lecz działanie trwa o wiele dłużej (1—1½ godziny). Pod względem chemicznym formanilid jest homologiem antyfebryny. (W. m. Pr. 10—93).

= Przekonano się, iż pod wpływem sterylizacji środków opatrunkowych zmniejsza się w nich zawartość danej substancji działającej. Tak np. poddano gazę jodoformową, zawierającą 12% jodoformu, półgodzinnemu działaniu pary gorącej, poczem okazało się tylko 6% jodoformu. To samo stwierdzono na sublimacie, którego roztworem czystym lub zmieszany z chlorkami alkalicznymi (potasu, sodu i lityny) napojono wate; ilość sublimatu zmniejszała się po półgodzinnem działaniu pary gorącej o $\frac{1}{3}$ prawie, po godzinem o $\frac{2}{3}$ części (Pharm. Centr. 39—92).

= Pod nazwą sklerozy starczej opisyuje PUTNAM przypadki stwardnienia rdzenia, występujące u ludzi starych. W 8 przypadkach stwierdził ostrawe, postępujące obniżenie czynności czuciowej i ruchowej we wszystkich kończynach, do której przyłączał się po jakimś czasie umiarkowany zanik mięśniowy i wychudnienie ogólne. W razie zejścia śmiertelnego,

istniał ku końcowi życia zupełny bezwład kończyn, innym razem brak koordynacji ruchów. Między 8 zmarłymi było 6 kobiet. Znajdowano zmiany patologiczne na całej długości rdzenia, w częściach ruchowych i czuciowych. Zmiany te były dwójakiego rodzaju: starsze, po-

legające na stwardnieniu pęczków tylnych i bocznych, oraz świeższe, rozwijające się dokoła poprzednich lub też w nowych ogniskach. W istocie szarej był gdzieś tam zupełny zanik komórek nerwowych. Etiologia jest niejasną. (D. m. Z. 19—93).

Wiadomości bieżące.

— O ruchu chorych w szpitalu zapasowym w miesiącu Styczniu i Lutym r. b.

Wahania stanu sanitarnego miasta głównie zależne są od panujących w niem w danym czasie chorób zakaźnych i od ich natężenia.

Szpital zapasowy, ogniskując w sobie wyłącznie tego rodzaju chorych, jest niejako barometrem sanitarnym miasta, i dla tego sędzę, że dane o ruchu chorych w tym szpitalu, nie będą zbyt cenne.

Poniżej podajemy je za Styczeń i Luty, na przyszłość zaś umieszczać je będziemy regularnie co miesiąc.

Styczeń.

Pozostało z roku zeszłego . . . 43 (m. 23, k. 20)
Przybyło w Styczniu . . . 90 („ 46, „ 44)
Wypisało się . . . 77 („ 36, „ 41)
Zmarło . . . 7 („ 4, „ 3)

Główną panującą chorobą w tym miesiącu był tyfus wysypkowy, przypadków 56 (m. 33, k. 23) i oспа, przypadków 18 (m. 6, k. 12). Chorzy tyfusowi pochodzili głównie z Jabłonny i Woli, następnie zaś z ulic: Bugaj, Nowolipki, Grzybowska, Smocza, Krochmalna, Franciszkańska i innych.

Oспа, jak się okazuje, była rozrzucona po całym mieście: Nowolipki, Muranowska, Nalewki, Senatorska, Ogród Saski, Trembacka, Długa, Leszno, Ogrodowa, Krochmalna, Smocza i inne.

Zmarło: tyfusowych 3, ospowatych 4. Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: różę, szkarlatynę, dyfteryt i zapalenie płuc krupowe po kilka przypadków.

Luty.

Pozostało ze Stycznia . . . 49 (m. 29, k. 20)
Przybyło w Lutym . . . 71 („ 47, „ 24)
Wypisało się . . . 67 („ 43, „ 24)
Zmarło . . . 11 („ 9, „ 2)

I w tym miesiącu najczęstszymi chorobami były: tyfus wysypkowy, przypadków 42 (m. 31, k. 11) i oспа 13 (m. 6, k. 7).

Najwięcej chorych dostarczył nam przytułek noclegowy na Pradze, następnie Jabłonna. Pojedyncze zaś przypadki rozrzucone były po całym mieście: Nowolipki, Powązki, Marszałkowska, Stare Miasto, Wola, Rybaki, Gęsia, Ciepła, Chłodna, Pawia, Złota, Długa, Hoża, Ogrodowa, Grzybowska, Podwal i inne.

Oспа głównie gnieździła się na: Dzikiej, Zielnej, Piwnej, Ujazdowskiej, Piękiej, Chmielnej, Wspólnej i Obozowej.

Zmarło: tyfusowych 9 (m. 8, k. 1), ospowatych 1 (m. 0, k. 1). Z innych form zakaźnych zanotowano po kilka przypadków róży, szkarlatyny, influenzy i zapalenia płuc włóknikowego.

J. Sz.

— Kwestyonaryusz złożony celem zbiorowego badania gruźlicy miejscowej stawów, na mocy uchwały IV. Zjazdu Chirurgów Polskich.

1. Imię i nazwisko postrzegającego lekarza (uprasza się o dodanie, czy autor jest zasadniczo zwolennikiem leczenia konserwatywnego, czy resekcji, w czasie, kiedy niniejszy przypadek obserwował). 2. Imię i nazwisko, wiek i zatrudnienie chorego. 3. Gdzie i w jakim czasie obserwowano chorego? 4. Który staw był dotknięty (NB, uwzględniać należy tylko duże stawy, jak: barkowy, łokciowy, nadgarstkowy, biodrowy, kolanowy, skokowy i stępu). 5. Wywiady co do gruźlicy u wstępującego i zstępującego rodzeństwa. 6. Wywiady co do przebiegów chorób. 7. Wywiady co do przypuszczalnej lub stwierdzonej bezpośredniej przyczyny obecnej choroby? 8. Jak dawno trwała choroba przed objęciem w leczenie? 9. Czy było jakie leczenie już przez kogo innego stosowane? 10. Czy nie było jakich szkodliwych wpływów przed rozpoczęciem leczenia? 11. Stan płuc chorego w czasie obserwacji. 12. Stan nerek (mocz) chorego. 13. Wynik badania wydzielin na prątki. 14. Siły chorego przy objęciu w leczenie. 15. Stan chorej odnogi przy objęciu w leczenie: a) czy i jaki obrzęk? b) stan powłok zewnętrznych? c) czy i wiele przetok? d) czy i jakie bóle? e) funkcja chorej odnogi? f) szczególniejsze destrukcje? g) wynik badania tkanki chorej odnogi na prątki gruźlicze? 16. Jakie leczenie stosowano w ostatnim czasie? 17. Rezultat leczenia bezpośredni. 18. Rezultat leczenia przy najmniej po roku. 19. Następczące się zresztą uwagi. NB. Kwestyonaryusz ten służyć ma do śledzenia przypadków przyszłych, uprasza się jednak o podanie wszystkich obserwowanych przypadków, bez względu na wynik leczenia, na czas obserwacji i na wynik dochodzenia późniejszego.

Zmarli. † Ś. p. Dr. Edmund MODRZEJEWSKI, ordynator ambulatorium chorób usznych w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Zmarły w dniu 14 Kwietnia ś. p. Dr. M. urodził się w Kaliszu dnia 29 Października 1849 r. i uczęszczał do gimnazjum w mieście rodzinnem. Nauk lekarskich słuchał w b. Szkole Głównej i w uniwersytecie Warszawskim, który ukończył w 1872 roku. Po odbyciu kilkoletnich studiów zagranicą, osiadł w 1875 w Warszawie i tu stale praktykował, ciesząc się zasłużonem uzna-

niem, jako zdolny specjalista chorób usznych. Na polu naukowem położył nie małe zasługi, o czym świadczą liczne jego prace pomieszczone w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego, Medycynie i Gazecie lekarskiej. Zaczyn kolega, zdolny i sumienny lekarz, umiał sobie zaskarbić szacunek i życzliwość kolegów, a liczny orszak pogrzebowy był najwymowniejszym dowodem szczerzego żalu i uznania, jakie zmarły pozostawił w licznych kole swych pacjentów, znajomych i kolegów. *Sit ei terra levis.*

Redakcja Medycyny uwiadamia Sz. Kolegów, iż z wszelkimi interesami dotyczącymi administracji pisma, jako to: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem brakujących numerów i wydawnictw Medycyny, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy *nie do Redakcji*, lecz do *Administracji* pisma pod adresem: **Dr. L. Guranowski, Marszałkowska 129.**

REDAKTOR i WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcji: Obozna Nr. 5.

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

OGŁOSZENIA.

CIEPLICE TRENCZYŃSKIE.

Termy siarczane od 27°—31° R. na Górnych Węgrzech w Małych Karpatach 20 minut drogi od stacyi Tepla-Trencsin Teplitz. Kąpiele wannowe, basenowe i natryskowe, wzorowo urządzone, skuteczne w artretyzmie, reumatyzmie, cierpieniach nerwowych, obwodowych i centralnych, cierpieniach skóry, obrażeniach kości i t. d.

Do massażu personel wyćwiczony. Mieszkania od 50 kr. do 3 fl. na dobę. Kurhaus, Teatr, Koncerty. Kuchnia wykwinna. Woda do picia z górskich źródeł. Sezon od 15 Maja do końca Września. W Maju i Wrześniu za 3 fl. pension.

Dyrekcya kąpielowa rozsyła prospekty bezpłatnie. Broszura D-ra Filipkiewicza do nabycia w cenniejszych księgarniach.