

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha, opracował D-r Teodor Heiman. Kilka uwag o etyologii i patogenie rwy kulszowej (ischias) jakoteż o leczeniu jej w Ciechocinku, podał F. Arnstein. O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego i stacyi klimatycznej w Zakopanem, przez D-ra Władysława Florkiewicza.—Streszczenia i Wyciągi. 129. Chirurgia cierpień rdzenia. 130. Dalszy przyczynek do zapalenia błonicowego łączniey. 131. Badania bakteryologiczne nad tak zwaną błonicą gnilną. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 30 Października r. b. — Bibliografia i krytyka. Patologia i terapia neurastenii i histeryi (Dalszy ciąg). —Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Heiman — Complications léthales des maladies de l'oreille. 2) D-r F. Arnstein — Quelques remarques sur l'étiologie et la pathogénie de l'ischias et de son traitement à Ciechocinek. 3) D-r W. Florkiewicz — Du climat dans les montagnes Tatra et de la station climatique à Zakopane.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Heiman — Ueber tödtliche Complicationen der Ohrenkrankheiten. 2) D-r F. Arnstein — Einige Bemerkungen über die Aethiologie und Pathogenie der Ischias und deren Behandlung in Ciechocinek. 3) D-r W. Florkiewicz — Zakopane als climatische Höhenstation inmitten der Tatragebirge.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha

napisał D-r Teodor Heiman¹⁾.

Choroby ucha należą do cierpień bardzo częstych i bardzo poważnych. Towarzyszą wielu chorobom miejscowym i ogólnym, lub też wikłają je. Nieżyty górnych odcinków dróg oddechowych mogą rozprzestrzenić się na ucho i wywołać nieraz cały szereg spraw chorobowych, groźnych dla słuchu lub też dla życia. Górne odcinki zaś dróg oddechowych, t. j. jama noso-gardzielowa częściej od innych narządów podlega wpływowi czynników szkodliwych klimatycznych, atmosferycznych i zawodowych. I rzeczywiście, niema chyba częstszej choroby, niż nieżyt nosa i gardzieli. Jeżeli zaś przypomnimy sobie, że zmiany chorobowe lub czynnościowe narządu słuchowego napotykamy często przy ostrych chorobach zakaźnych, jakoto: odra, szkarlatyna, ospa, błonica, koklusz, influenza, tyfus i zapalenie płuc włóknikowe; przy cierpieniach ustrojowych, jak: żółty, przymiot i gruźlica, oraz przy cierpieniach oddzielnych narządów, jakoto: jamy czaszkowej, mlecza piersiowego, narządów krwionośnych i samej krwi, narządów oddechowych, pokarmowych i moczopłciowych; to w przybliżeniu będziemy mieli pojęcie o częstości chorób usznych, a zdanie, wyrzeczone przez Trölsch'a, że na trzech ludzi wogóle jeden przedstawia zboczenie chorobliwe lub czynnościowe w przyrządzie słuchowym, nie będzie wydawać się paradoksem.

¹⁾ Odczyt wypowiedziany w Tow. Lekarskiem Warszawsk. 30-go października 1894 r.

O ile choroby narządu słuchowego są częste, o tyle są one poważne. Prócz utraty słuchu, a często i życia, wywołują one cały szereg objawów arcyprzykrych, doprowadzających niekiedy do rozstroju umysłowego, a nawet do samobójstwa. Należą tu szумы najróżnorodniejsze, zawroty i bóle głowy, zaburzenia w równowadze ciała, wymioty, nudności i t. d. Najpoważniejszymi atoli następstwami chorób narządu słuchowego są: utrata słuchu oraz powikłania, które często kończą się śmiertelnie. O ile umiarkowane stępienie słuchu nie wywiera wpływu na warunki życiowe danego osobnika, o tyle znaczne jego upośledzenie odbija się na nim i zmusza go często do ograniczenia stosunków ze światem do *minimum*. Przez głuchotę traci człowiek część bytu najbardziej ludzką t. j. życie z ludźmi. Wielu osobników, pozbawionych słuchu, zmuszonych jest wyrzec się swego stanowiska społecznego i swego powołania. Głuchota, powstała w pierwszych latach dzieciństwa, pociąga za sobą zawsze niemotę; często zaś powstrzymuje prawidłowy rozwój umysłowy dziecka.

Powikłania śmiertelne przy cierpieniach narządu słuchowego nie należą do rzadkości, i w miarę rozpowszechniania się wiadomości o chorobach usznych wśród lekarzy, liczba przypadków śmiertelnych, wywołanych sprawami chorobowymi w narządzie słuchowym, staje się coraz częstsza i liczniejsza. Już dawniejsi lekarze zwrócili uwagę na współczesne występowanie zapaleń ucha i mózgu. AVICENA, a potem BONETUS uważali chorobę mózgu za cierpienie pierwotne, zaś wyciek z ucha za jego następstwo. Pierwszy MORGAGNI wypowiedział pogląd, że wyciek ropny z ucha i próchnienie kości skalistej stanowi sprawę pierwotną. Podług ITARD'a tak jedna jak i druga sprawa chorobowa może być pierwotna lub następca. LALLEMAND twierdzi, że sprawa chorobowa w uchu jest wprawdzie pierwotna, lecz zapalenia wewnątrzczaszkowe nie powstają skutkiem bezpośredniego przejścia sprawy zapalnej na zawartość jamy czaszkowej, lecz *per contiguitatem*. LEBERT znalazł ogniwo pośrednie między zapaleniami ucha i jamy czaszkowej, jakoteż między pierwszemi i ropnicą przerzutową, a tem jest zapalenie zatok mózgowych. Dwaj ostatni, a także TOYNBEE, SEDILLOT, VIRCHOW, COHN, GRIESINGER i SCHWARTZE wskazali drogi, jakimi zapalenie z ucha przejść może na mózg i jego opony, oraz rozmaite formy chorobowe, jakie przy tem powstają.

Warunków przejścia spraw chorobowych *resp.* ropnych z ucha do jamy czaszkowej lub też do ogólnego krwi obiegu szukać należy bądźto w stosunkach anatomicznych narządu słuchowego, bądź też w chorobliwym zniszczeniu cienkich ścian kostnych, oddzielających ucho od jamy czaszkowej lub od wielkich naczyń.

Niema zapewne w ludzkim ciele okolicy, któraby na przestrzeni tak ograniczonej, jaką przedstawia jama bębenkowa i poczęści ucho zewnętrzne, była otoczona tyloma niebezpiecznemi tkankami. Strach ogarnia badającego, gdy się przekonywa, jak wielka jest ilość dróg, przez które śmiertelnie działające pierwiastki dostają się do jamy czaszkowej lub do ogólnego krwi obiegu. Te stosunki anatomiczne dają uchu smutne pierwszeństwo przed innymi narządami zmysłowymi i stanowią podstawę dla spraw chorobowych przebiegających często nader skrycie, ażeby w danej chwili gwałtownie zburzyć życie osobnika. Jakże rzadko np. choroba oka kończy się śmiertelnie! Kiedyż udaje się spostrzedz *panophthalmitis*, nowotwór wewnątrzgałkowy z zejściem śmiertelnem? A ileż to ludzi ginie rocznie od różnych powikłań chorób usznych!

Jeżeli zastanowimy się w krótkości nad jamą bębenkową i nad jej stosunkami do części otaczających, przekonamy się, że z sześciu jej ścian, pięć przedstawia bardzo dogodne warunki do bezpośredniego lub pośredniego przejścia spraw ropnych do jamy czaszkowej.

Ściana górna jamy bębenkowej czyli jej sklepienie (*tegmen tympani*) tworzy część podstawy średniej jamy czaszkowej. Jej grubość bywa rozmaita — od paru milimetrów do grubości arkusza papieru listowego; często posiada braki wrodzone w postaci dziurek i szczelin²⁾, tak, że w tych miejscach opona twarda przylega bezpośrednio do błony śluzowej jamy bębenkowej, i sprawy zapalne z tej ostatniej mogą przez to bardzo łatwo przejść do jamy czaszkowej. Sklepienie jamy bębenkowej graniczy z boku z łuską kości skalistej, tworząc szew skalisto-łuskowy (*sutura petro-squamosa*); ku tyłowi szew ten przechodzi na sklepienie *antri mastoidei*. U dzieci w pierwszych latach życia przez szczelinę tę przechodzi zawsze i dochodzi do jamy bębenkowej gruby pęczek opony twardej, zawierający liczne naczynia krwionośne; zaś u dorosłych przechodzą przez nią z opony twardej do błony śluzowej jamy bębenkowej delikatne gałązki tętnicy oponowej średniej. Sklepienie jamy bębenkowej ulega często próchnieniu przy sprawach ropnych w uchu średnim, przez co opona twarda w miejscach ze zniszczoną kością przylega bezpośrednio do chorobliwie zmienionej błony śluzowej ucha średniego.

Ściana wewnętrzna jamy bębenkowej, będąca zarazem ścianą zewnętrzną błędnika, utworzona jest w znacznej części przez wystającą blaszkę kostną — wzgórek (*promontorium*), stanowiący torebkę kostną ślimaka. Od tylnego brzegu wzgórka idąc od góry ku dołowi, napotykamy okienko owalne, wyniosłość kostną (*eminentia pyramidalis*) z otworkiem do przejścia mięśnia strzemiennowego, oraz okienko okrągłe. Nad i poza okienkiem owalnym znajduje się zgrubienie, utworzone przez ścianę zewnętrzną kostną dla nerwu twarzowego. Zgrubienie to mieści w sobie nierzadko szczelinę kostną, zakrytą błonką włóknistą, dotykającą bezpośrednio do błony śluzowej jamy bębenkowej. Ponad tem zgrubieniem znajduje się inne wypuklenie, utworzone przez przewód łukowaty przedni (*canalis semicircularis anterior s. horizontalis*). Zniszczenie błonek okienkowych, torebki kostnej błędnika w jamie bębenkowej (próchnienie, obumarcie lub ucisk przez cholesteatomat) oraz próchnienie przewodu półkolistego poziomego (JANSEN)³⁾ przepuszczają ropę do błędnika, która stąd wzdłuż nerwu słuchowego przez ujście wewnętrzne przewodu słuchowego (*porus acusticus internus*) dostaje się do tylnej jamy czaszkowej. Sprawy ropne mogą przejść także do błędnika *resp.* do jamy czaszkowej za pośrednictwem neurilemmy nerwu twarzowego w kanale FALLOPIUSZA, przez otworek w wyniosłości kostnej, a także wzdłuż nerwu słuchowego przez wodociąg przedsionka (*aqueductus vestibuli*) lub ślimaka (*aqueductus cochleae*) i przez zapalenie żyły wodociągu ślimaka, otwierającej się bezpośrednio lub za pośrednictwem żyły w oponie twardej do zatoki skalistej górnej.

Być może, że sprawy pierwotne ropne w błędniku rozprzestrzeniają się na jamę czaszkową, lecz ponieważ dotąd nie wszyscy przyjmują takie zapalenie (TRÖLTSCHE, SCHWARTZE), zaś spostrzeżenia kliniczne, stwierdzone badaniem pośmiertnym, są nader nieliczne; ten sposób przechodzenia spraw chorobowych z ucha na jamę czaszkową należy przeto, jak dotąd, wykluczyć.

²⁾ Na 765 czaszek znalazł je BUERKNER 167 razy; KOERNER na 209 czaszek 18 razy.

³⁾ A. f. O. T. 35 i 36.

Bardzo ważna pod względem przechodzenia spraw chorobowych z ucha na jamę czaszkową jest ściana tylna jamy bębnekowej, t. j. ściana wyrostka sutkowego. Znajdujemy tu wejście do jamy sutkowej (*aditus ad antrum*), do którego otwierają się komórki samego wyrostka. Ku górze jama sutkowa (*antrum mastoideum*) oddzielona jest od jamy czaszkowej blaszką kostną, stanowiącą przedłużenie sklepienia jamy bębnekowej. Obie jamy przedzielone są wyniosłością, w której górnym brzegu przechodzi część kanału dla nerwu twarzowego. W części tylnej wyrostka sutkowego komórki jego często dochodzą do samej brzozy poprzecznej (*sulcus transversus*), tworząc w tem miejscu otworek (Bücker), oddzielony od zatoki poprzecznej cienką blaszką kostną, łatwo ulegającą zniszczeniu przy sprawach próchnienia. Taki sam stosunek napotyka się też przy zatoce skalistej górnej (*sinus petrosus superior*). Braki kostne wrodzone lub nabyte napotykają się też w sklepieniu wyrostka sutkowego bezpośrednio nad częścią przewodu słuchowego zewnętrznego, najbardziej nazewnętrz położoną, po części w kącie między podstawą i ścianą boczną średniej jamy czaszkowej (KÖRNER). U dzieci ma pewne znaczenie *hiatus subarcuatus*, który pod górnym przewodem łukowym w bliskości brzegu kości skalistej otwiera się do jamy czaszkowej otworem szerokim na 4 milimetry. U dorosłych pozostaje tylko ślad samego *hiatus* i jego kanału. Kanał ten, zawierający pęczek tkanki łącznej, pochodzącej od opony twardej, posiada żyłę, idącą z głębi piramidy do zatoki skalistej górnej (VOLTOLINI, ODENIUS).

Ścianę przednią jamy bębnekowej stanowi cienka, gąbczasta blaszka kostna, nierzadko posiadająca liczne dziurki wrodzone, zawsze zaś mająca otwory dla naczyń i nerwów. Do ściany tej przylega tętnica szyjowa wewnętrzna, otoczona zatoką żylną, będącą w związku z zatoką jamistą (*sinus cavernosus*) (REKTORZIK). Próchnienie tej ściany kostnej stało się już nieraz powodem krwotoków śmiertelnych z tętnicy szyjowej. Nadto kanał tętnicy szyjowej w kości skalistej otoczony jest po stronie wewnętrznej przedłużeniem opony twardej. Niekiedy znajduje się w pobliżu otworu usznego trąbki EUSTACHIUSZA szczelina kostna, łącząca się z systemem przestrzeni powietrznych, dochodzących do wierzchołka kości skalistej i tworzących często braki w średniej jamie czaszkowej (URBANTSCHITSCH).

Ściana dolna jamy bębnekowej tworzy powierzchnię nierówną; stanowi ona sklepienie dolka szyjowego (*fossa jugularis*), oddziela zatem jamę bębnekową od opuszki (*bulbus*) żyły szyjowej wewnętrznej. Grubość jej bywa rozmaita: od kilku milimetrów do zupełnej przezroczystości; czasem posiada nawet wrodzone szczeliny i otworki, podobnie jak ściana górna ⁴⁾, tak, że błona śluzowa jamy bębnekowej przylega bezpośrednio do opuszki żyły szyjowej wewnętrznej. Próchnienie ściany dolnej może zniszczyć samą opuszkę i spowodować niebezpieczne krwotoki; ostatnie występują i bez próchnienia kości, gdy ropa w jamie bębnekowej przez dłuższy czas działa na opuszkę przez wrodzone otworki w kości. Nierzadko też ropa, stykając się z żyłą szyjową, wywołuje zapalenie jej z wytworzeniem zakrzepów zakaźnych, prowadzących do ropnicy i posocznicy.

Oprócz naczyń krwionośnych, które łączą jamę bębnekową, błędnik i kość skalistą z żyłami opony twardej i rozmaitych zatok mózgowych, wszędzie, gdzie naczynia i zatoki przylegają do kości skalistej, otwierają się do nich

⁴⁾ KOERNER znalazł je 30 razy na 449 czaszek; 22 razy po stronie prawej, zaś 8 razy po lewej. Przy brakach tych żyła szyjowa może łatwo zostać zranioną przy przecięciach błony bębnekowej. Dotąd zdarzyło się to 4 razy.

małe żyłki kostne, ułatwiające przejście zatorów zakaźnych lub ustrojów zakażających do ogólnego krwioobiegu. W zatoce poprzecznej krew żylna na znacznej przestrzeni oblewa tę kość, w części dolnej dotyka ją opuszka żyły szyjowej, obie zatoki skaliste przylegają do niej w całej jej długości, zaś u jej wierzchołka znajduje się zatoka jamista. Do zatok żylnych, przyjmujących żyły kostne, otwierają się też żyły, pochodzące z mózgu, otoczone przestrzeniami limfatycznymi.

Budowa kości skroniowych przedstawia szczególnie przyjazne warunki do zatrzymywania się w niej ropy, która, nie mając odpływu, podlega zserowaceniu lub też rozpadowi; te zmiany zaś ułatwiają powstawanie powikłań śmiertelnych. Nadto ropa bardzo uspasabia tkankę kostną do próchnienia, lub też je podtrzymuje. Próchnienie kości jakiegokolwiek uważane jest przez wszystkich lekarzy za sprawę chorobową bardzo poważną, nie tylko przez to, że może spowodować znaczne zniszczenia, nie tylko, że ułatwia zakażenie krwi i powstanie spraw zatorowych; ale nadto sprawa ta wycieńcza ustrój i niezrządkiem prowadzi do niebezpiecznych zwyrodnień narządów wewnętrznych. Jak wiadomo, najniebezpieczniejsze jest próchnienie kręgów i kości czaszki. Z tych zaś ostatnich żadna nie podlega tak często próchnieniu, jak kość skroniowa, i żadna nie daje tak złego rokowania, jak ta ostatnia.

Powikłania śmiertelne rozwijają się najczęściej przy sprawach ropnych przewlekłych, niekiedy ostrych w uchu średnim, a niekiedy nawet zewnętrznym. Czasem zaś śmiertelne powikłania powstają przy zapaleniach nieżyłowych błony śluzowej jamy bębnekowej z wypociną surowiczą lub śluzową, przy których nawet błona bębnekowa pozostała nienaruszona (ZAUFA, WENDT, HEIMAN).

(D. c. n.).

Kilka uwag o etyologii i patogenezie rwy kulszowej (*ischias*) jakoteż o leczeniu jej w Ciechocinku

podał F. Arnstein.

Pod rwą kulszową (*ischias*) lekarze rozumieją zwykle cierpienie, charakteryzujące się bólem, występującym już to więcej napadowo, już stale w jednej, rzadziej w obu kończynach dolnych wzdłuż nerwu kulszowego. Cierpienie to, bardzo często się w praktyce przytrafiające, częstsze u mężczyzn, aniżeli u kobiet, zaliczają do nerwobólów. Ścisła jednak obserwacja pokazuje, że nie wszystkie przypadki dadzą się zaliczyć do czystych nerwobólów, że wielka ich liczba, podług mego przekonania, przeważnie przez swój odrębny obraz kliniczny, przebieg i następstwa, wielce się różni od innych nerwobólów.

I etyologia i patogeniza nie we wszystkich przypadkach tak zwanej rwy kulszowej jest jedna i ta sama, tak, że nie wszystkie przypadki dadzą się podciągnąć pod jedną kategorię cierpień, a nawet pod jedno miano rwy kulszowej, nerwobólu kulszowego — *ischias*. W ogólności odróżnić należy dwie odrębne postacie rwy kulszowej: jedną, będącą właściwą rwą kulszową, nerwobólem kulszowym (*neuralgia nervi ischiadicī — ischias*); drugą, zależną od sprawy swoistej, prawdopodobnie zapalnej, w gałęziach nerwu kulszowego — *neuritis ischiadica*.

Obie te postacie różnią się nie tylko pod względem patogenezy, symptomatologii, przebiegu klinicznego i t. p., lecz i pod względem etyologicznym i niewątpliwie anatomo-patologicznym.

Pierwsza postać jest cierpieniem idyopatycznym, wywołanym przez cierpienie samego nerwu kulszowego lub sąsiednich, w bezpośrednim anatomicznym związku z nerwem będących narządów i tkanek; druga nie stanowi cierpienia samodzielnego, lecz jest objawem, następstwem cierpienia krwi — skazy, zbroceń w przemianie materii lub w odżywianiu ogólnym.

Tak w jednej, jak i w drugiej postaci dominującym objawem jest ból. Lecz ból w pierwszej postaci powstaje nagle, napadowo, jest od razu znacznego natężenia, trwa krócej lub dłużej, poczem następuje mniejsza lub większa, najczęściej swobodna przerwa. W postaci drugiej ból jest z początku niewyraźny, nieznacznego natężenia, jest stały, tylko się od czasu do czasu nasila; przerw zupełnie wolnych prawie niema.

W postaci pierwszej ból jest więcej umiejscowiony wzdłuż nerwu kulszowego, ograniczony do pewnych punktów, na które sam chory często wskazuje, lub które zapomocą ucisku dadzą się z łatwością wykryć. Są to punkty bolesne VALLEIX'a, których jest kilkanaście wzdłuż głównej gałęzi nerwu kulszowego. W postaci drugiej ból jest więcej rozlany, daje się wywołać lub zwiększa się przy ucisku nie tylko wzdłuż głównej gałęzi nerwu kulszowego, lecz i w gałęziach, zaopatrujących mięśnie uda i goleni.

W postaci pierwszej chorej najczęściej na nic się nie skarżą; w postaci drugiej często chorej uskarżają się na niewyraźne bóle w innych miejscach (*dolores vagi*) lub opowiadają o dawniejszych bólach w grzbiecie, ramionach, palcach rąk lub nóg i t. p.

W postaci pierwszej cały obraz chorobowy wypełniają napady bólu i wolne przerwy, jakoteż pewne następne objawy, występujące przy dłuższym trwaniu cierpienia i znacznym natężeniu, a będące bezpośrednim następstwem bólu, jakoto: zbrocenia w chodzie, chromanie (*claudication*) i skrzywienia kręgosłupa (*scoliosis*).

W postaci drugiej, obok bólów w nodze jednej lub obu, zauważyć się najczęściej dają i inne przypadłości chorobowe, a będące objawem cierpienia zasadniczego, jako to: bóle artretyczne w stawach, objawy kamicy nerkowej, moczówki cukrowej i t. p., jakoteż w następstwie objawy, zależne od sprawy zapalnej w gałęziach nerwu kulszowego, a mianowicie zaniki mięśniowe, niedowłady, zmiany troficzne i t. p.

I etyologia w obu postaciach tak zwanej rwy kulszowej jest odmienna. Gdy bowiem w postaci pierwszej przeważną rolę odgrywają momenty etyologiczne, bezpośrednio na nerw kulszowy działające, jak przeziębienie, wpływ wilgoci, urazy, ucisk i t. p., w postaci drugiej powyższe momenty bardzo nieznaczną, zaledwie drugorzędną odgrywają rolę. W tej postaci cierpienie rozwija się na tle cierpienia ogólnego, cierpienia krwi, nieprawidłowych składników, w niej krążących. Toteż postać tę rwy kulszowej spostrzegamy przeważnie przy dyatezie moczanowej. Na 18 przypadków tak zwanej rwy kulszowej, spostrzeganych przeze mnie w sezonie letnim w Ciechocinku, w 11-tu badanie moczu lub inne towarzyszące objawy, jak bóle artretyczne w stawach, objawy kamicy nerkowej i t. p., dowodziły istnienia skazy moczanowej. Drugie miejsce w etyologii tej postaci zajmują inne zbrocenia w przemianie materii, jak nadmierna otyłość, tak zwana *plethora abdominalis*, zastoje, przy których to stanach też podejrzwać należy nagromadzenie we krwi i tkankach

nieprawidłowych wytworów przemiany materii, upośledzających odżywianie. Wśród 18-tu wyżej wzmiankowanych przypadków 3 dotyczyły kobiet otyłych, a w wysokim stopniu niedokrwistych.

Oprócz powyższych przyczyn, cukromocz, zakażenia, otrucia i t. p. stanowią, acz rzadziej, momenty etyologiczne w powstawaniu drugiej postaci rwy kulszowej.

Postać ta rwy kulszowej jest podług mego przekonania o wiele częstsza, aniżeli postać czysto nerwobólowa. Do tej ostatniej na 18 moich przypadków tylko 4 mógłbym zaliczyć.

Odróżnienie dwóch, powyżej przez nas skreślonych postaci rwy kulszowej jest bardzo ważne pod względem rokowania, szczególnie zaś pod względem terapeutycznym, a głównie balneoterapeutycznym.

Rokowanie *quoad vitam* jest tak w jednej jak i drugiej postaci dobre; co do zupełnego wyleczenia i trwania choroby jest ono lepsze w pierwszej postaci, aniżeli w drugiej. W postaci pierwszej często spostrzegamy zupełne wyleczenie, a przynajmniej ustąpienie cierpienia na całe miesiące i lata; w postaci drugiej zupełne wyleczenie jest rzadsze; spostrzegamy wprawdzie znaczne polepszenia, lecz częste powroty. I pod względem następstw pierwsza postać jest o wiele łagodniejsza; nie spostrzegamy bowiem w tej postaci tak poważnych przypadłości, jak zaniki mięśniowe, niedowłady i t. p., właściwe postaci neurytycznej.

Jeżeli pod jakim względem, to pod względem leczenia odróżnienie dwóch powyższych postaci rwy kulszowej jest wielce ważne. Gdy bowiem w postaci pierwszej zapomocą czynników i metod leczniczych, *loco dolente* stosowanych lub na sąsiednie narządy (jeżeli przyczyną jest ucisk) działających, otrzymać można pomyślny skutek leczniczy,—w postaci drugiej tylko od skombinowanego działania czynników ogólnie i miejscowo działających, przy uwzględnieniu naturalnie tła, na którem się cierpienie rozwinęło, spodziewać się można pomyślnych wyników leczniczych.

Co się zaś specyjalnie tyczy leczenia rwy kulszowej w Ciechocinku, skutek, dający się tu osiągnąć, bardzo jest różny stosownie do tego, czy cierpienie jest idiopatyczne, nerwobólowe, czy symptomatyczne. Chorzy, należący do pierwszej kategorii, doznają tu bardzo nieznacznej ulgi, często bóle się nawet zwiększają; wśród 4-ch chorych, należących do tej kategorii, tylko u jednego młodego człowieka, u którego cierpienie powstało niedawno, otrzymano zapomocą kąpieeli solankowych i błotnych poprawę bardzo znaczną; inni chorzy opuścili Ciechocinek albo zupełnie bez poprawy, albo z bardzo nieznaczną. Toteż sądzę, że chorzy, należący do tej kategorii, mniej się kwalifikują do leczenia w Ciechocinku; dla tych właściwe chyba jest leczenie hydropatyczne. Za to u chorych, należących do drugiej kategorii, t. j. gdzie cierpienie rozwinęło się na tle artrytycznem lub skutkiem zboczenia w przemianie materii, u kobiet nadmiernie otyłych i małodokrwistych, skutek leczniczy był bardzo zadawalniający. U wszystkich chorych, należących do tej kategorii, zapomocą skombinowanego leczenia odpowiednią dyetą, odpowiednimi wodami mineralnemi (Karlsbad, Maryenbad; Wiesbaden, Vichy etc., a nawet solanka Ciechocińska) oraz wysoko procentowymi kąpielami solankowymi i borowinowemi i mięsieniem, osiągnięto pod każdym względem znakomitą poprawę, ewentualnie wyleczenie. Szczególnie pomyślny wynik leczniczy osiągnięto u kilku nadmiernie otyłych kobiet z leniwą przemianą materii i niedokrwistych. U tych, obok znacznego zmniejszenia wagi ciała (jedna chora straciła na wadze

około 20 funtów), stwierdzić się dawalo zmniejszenie, a nawet zupełne zniknięcie bólów i powrót swobodnych, prawidłowych ruchów ciała.

Dla lepszej ilustracji podaję w krótkości kilka przypadków spostrzeczanych.

Przypadek I. Pani T., z Radzymina, lat 56, przysłana do Ciechocinka przez koleżkę REICHMANA, doznaje od kilku miesięcy bólów w krzyżu i w lewej nodze. Bóle te od czasu do czasu się wzmagają i uniemożliwiają chorej wszelkie ruchy. Badanie przedmiotowe wykazuje przede wszystkim nadmierną otyłość, a szczególnie otłuszczenie brzucha, a badanie moczu — dużą zawartość moczanów; mocz ciemny, przy nieco dłuższym staniu daje obfity, czerwony, ceglasty osad. Ruchy ciała ociążały; chora wyraźnie utyka na lewą nogę i przy chodzeniu skarży się na bóle szczególnie w lewym udzie i w kostkach. Przy ucisku na mięśnie uda i goleni znaczna bolesność. Oprócz tego, chora oddawna cierpi na silne zaparcie stolca i objawy histeryi. Chorej polecono picie wody Maryenbadzkiej i kąpiele solankowe 29°. Po pierwszych kilku kąpielach bóle się ogromnie zmogły, tak, że chora musiała kilka dni przeleżeć w łóżku. Po następnych jednak kąpielach solankowych i borowinowych następowała stopniowo poprawa, objawiająca się prawidłową czynnością kiszek, zwiększeniem ilości moczu i zmniejszeniem bólów. Chora po 6-u tygodniach opuściła Ciechocinek, straciwszy na wadze 9 funtów, wolna od bólów; ruchy znacznie swobodniejsze.

Przypadek II. Pani K., z Pińska, lat 27, przysłana przez koleżkę NUSBAUMA, od kilku miesięcy cierpi na silne bóle w całej lewej nodze, szczególnie zaś silne w lewym pośladku i w udzie, utrudniające chorej tak siedzenie, jak i chodzenie. Bóle te stale chorą trapią i tylko od czasu do czasu nieco się wzmagają. Badanie przedmiotowe wykazuje: nadmierną otyłość (chora waży przeszło 270 *℥*), znacznego natężenia małopokrwistość, cerę woskowo bladą. W narządach wewnętrznych prócz atonii kiszek nic nieprawidłowego nie znalazłem. Badanie moczu wykazało obfity osad, złożony z moczanów.

Chora w ciągu 6-tygodniowego leczenia w Ciechocinku wypila 30 butelek wody Maryenbadzkiej, wzięła przeszło 30 kąpeli solankowych i borowinowych; opuściła Ciechocinek z utratą około 20 *℥*. na wadze, ze znakomitą poprawą tak w stanie ogólnym, jak i miejscowym; bóle w lewej nodze prawie ustąpiły, chora może swobodnie siedzieć i wiele chodzić.

Kończąc kilka tych uwag, nadmienić jeszcze muszę, że badanie moczu u chorych na rwę kulszową posiada ważne znaczenie dyagnostyczne, decydujące o wskazaniach leczniczych; dotyczy to szczególnie chorych na rwę kulszową, mających być wysłanymi na kurację do Ciechocinka.

O klimacie górskim

Podhala tatrzańskiego i stacyi klimatycznej w Zakopanem,

przez D-ra Władysława Florkiewicza.

Rzecz osnuta na uwagach przeznaczonych dla Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich we Lwowie w r. 1894.

Niepomyślny stan zdrowia postawił mię około połowy 1892 r. w konieczności pomieszczenia się na czas dłuższy w ustroniu, zapewniającem odpowiednie warunki pobytu. Kiedy nadeszła chwila postanowienia, która by miejscowość wybrać na ów pobyt, mający potrwać niewiedomo jak długo, odozwala się i we mnie cząstka tego usposobienia, które Mickiewicz w II ks. Pana Tadeusza nazwał „Sopliców chorobą“, i pomimo to, iż wspomnienia z lat dawno ubiegłych pociągały tem silniej do wyjazdu dalej na Południe, że światło a żyweliwe rady koleżeńskie do tego się przychylały, ostatecznie wybrałem Zakopano, którego zalety i strony ujemne znane mi już były w pewnej mierze z mych poprzednich letnich pobytów. To postanowienie opłaciło mi się sownie. Nietylko bowiem osiągnąłem tam pożądaną poprawę zdrowia, ale nadto, niewy-

dalony zupełnie poza sferę działalności, jaką zakresliły mi już powołanie i czas, uni-
knąłem choć w części losu nieobecnych, o których nie bez powodu powtarzane bywa
zdanie: „les absents ont tort“. Jakoż obok pewnych możebnych tam dla mnie zajęć
podała mi się sposobność skierowania uwagi na sprawę, wiążącą się bezpośrednio
z pobytem moim w Zakopanem, a obchodzącą tak ogół społeczności, jak i lekarzy, —
sposobność oceny przedmiotowej, o ile czynniki klimatyczne, istniejące w Tatrach pol-
skich, przedstawiają zalety lecznicze i czy mogą one czynić zadosyć wymaganiom kli-
matoterapii. Gdy wyniki ścisłych badań, dokonanych w zakresie umiejętności naszej,
wyświetliły istotę zmian anatomicznych, zachodzących wśród przejawów życia, zwa-
nych chorobami; gdy badania te wykazały następnie, że choroby są sprawami fizyolo-
gicznymi, odbywającymi się pod wpływem niezwykle podniet i zmienionych wa-
runków; gdy udowodnione zostało, że w licznym szeregu poszczególnych chorób,
czynnikami, je wywołującymi, są przetwory życia drobnoustrojów chorobotwórczych,
oraz niedostateczna odporność ustroju na wpływ szkodliwych dłań bodźców; to w na-
stępstwie tych doniosłych zdobyczy naukowych zaszły w metodach leczenia pewnych
chronicznych chorób wewnętrznych zmiany, których rys zasadniczy i znamieny,
a, dodać można, i zaletę wydatną stanowi przesunięcie, że tak się wyrażę, środka cięż-
kości terapii ze sfery empirji farmakodynamicznej w obszerny zakres podniet i wpły-
wów, które jako siły żywe, tkwią i działają w przyrodzie, a do których zaliczają się
przedewszystkiem czynniki klimatu.

Dodatknie wyniki tych metod leczenia są już faktem, stwierdzonym przez niezli-
czony szereg spostrzeżeń, które ze względu na wpływ klimatu wykazały, że on sam
przez się, lub przy współdziałaniu pokrewnych mu fizycznych podniet, zdolny jest od-
działywać na bieg spraw fizjologicznych i na energię odporności ustrojów, bądź dotknię-
tych już odnośniami chorobami, bądź niemi zagrożonych,—a oddziaływać w sposób do-
datni i doniosły, wobec którego wszelkie leki swoiste spełniają zadanie tylko pomoc-
nicze. Fakt pomieniony jest już obecnie tak ustalony w nauce, iż przez spostrzeżenia
kliniczne oraz badania biologiczne i fizyczne możemy go jeszcze uzupełniać i wyświe-
tlać, ale niema już potrzeby udowadniać jego istnienia, jak niema potrzeby wybijać
drzwi niezapartych.

Pod nazwą klimatu objęty jest całokształt czynników, za których pośrednictwem
powietrze, ziemia i woda pewnych miejscowości oddziaływają na życie istot organi-
cznych. Względne położenie danej miejscowości, oraz jej rodzimo zewnętrzne i geo-
logiczne części składowe, stanowiące jej budowę fizyczną i kształt jej nadające, służą
do określenia rodzaju jej klimatu, do uznania w ogólności jako: górski, nadmorski, ste-
powy, leśny, zimny, umiarkowany, gorący,—z których każdy przedstawia pewne odręb-
ności i odmiany. Za podstawę do określenia właściwości klimatycznych każdej po-
szczególnej miejscowości, a mianowicie też do uznania jej klimatu jako leczniczego czyli
posiadający czynniki dodatnie w znaczeniu klinicznym, t. j. zdolno wywierać wpływ
wydatny na ustroje schorzałe lub wątłe,—przedewszystkiem służyć powinna ocena nau-
kowa poszczególnych zjawisk fizycznych i meteorologicznych, zachodzących w przy-
rodzie tejsze miejscowości i ściśle z nią związanych.

W zakresie uwag niniejszych nie mogą znaleźć miejsca ani poglądy na wpływ,
jaki wywierają poszczególne klimaty na fizjologię spraw życiowych ustroju, ani ocena
wskazań przy zastosowaniu klimatycznego leczenia w poszczególnych przypadkach
chorobowych. Albowiem w uwagach tych zamierzyłem pomieścić jeden tylko pojo-
dyniczny przedmiot, który, jak sądzę, nie jest pozbawiony znaczenia, choć wątku jego nie
stanowią doniosłe, ściśle naukowe badania lub ciekawe spostrzeżenia kliniczne.

U podnóża wyniosłego łańcucha gór, na południowej granicy Galicyi, rozciąga
się piękna podalpejska kraina, której część, zawarta w powiecie Nowotarskim, nosi
nazwę Podhala tatrzańskiego, jako położona poniżej hal czyli pastwisk żyznych, roz-
rzuconych pomiędzy ubogimi już w roślinność szczytami Tatr polskich. Położenie
geograficzne i wyniesienie nad powierzchnią morza tej podalpejskiej krainy już
a priori upoważniać mogą do przyznania, że klimat jej górski posiada właściwości
lecznicze. Gdy jednak w całym zakresie umiejętności, na doświadczeniu opartych,
poglądy i teorye wtedy stają się należyście uzasadnione, gdy, ujęte w formy konkre-
tne, w zastosowaniu stwierdzone zostaną; przeto i o klimacie Podhala tatrzańskiego,
pod względem jego znaczenia w klimatoterapii, wnioskować należy na podstawie ob-
serwacji nad jego właściwymi objawami fizycznymi i nad stwierdzonym jego wpły-
wem dodatnim na sprawy patologiczne ustroju. Może to być dokonane jedynie w od-

powiednio urządzonej stacyi klimatycznej. Gdyby z krainy tak uposażonej, jak Podhale, ludzie zabiegliwsi i przedsiębiorczy chcieli użytkować w sposób odpowiedni, tak, jak to miewa miejsce na Zachodzie, wątpić nie można, iż na jej przestrzeni istniałaby już niejedna stacya klimatyczna górską. Z otuchą w lepszą przyszłość zaznaczam tu fakt, iż wśród pobliskich nam Tatr polskich istnieje choć jedna miejscowość taka, w której żywe siły przyrody, tkwiące w klimacie górskim, zużytkowane być mogą i bywają już zużytkowane z korzyścią dla chorych, dla nauki i dla dobrobytu społeczeństwa.

Prawie w pośrodku Podhala tatrzańskiego leżąca w dolinie górskiej wieś Zakopano, dla malowniczego obrazu, jaki przedstawiają przyległe jej góry i doliny, nazywana perłą Tatr, już od r. 1886 uznana została jako stacya klimatyczna górską, której pora lecznicza, obejmująca pierwotnie letnie tylko miesiące, na mocy nowego statutu, nadanego jej w r. 1892, rozszerzona została na przeciąg całego roku. Jakkolwiek od dawnego czasu odbywano tam podczas lata kuracje klimatyczne, a od kilku lat pokazną bywa liczba leczących się klimatem tej miejscowości w ciągu zimy, niemniej jednak zachodzą dotąd w umysłach wielu lekarzy pewne wątpliwości, czy klimat Podhala tatrzańskiego, położonego na północnym stoku Tatr, posiada warunki, jakich ma się prawo wymagać od leczniczego klimatu górskiego. Wątpliwości te są bardzo usprawiedliwione i prawie intuicyja sama chroniła mię od podzielenia tychże. Pomimo to, że stacya klimatyczna w Zakopanem trwa już od lat ośmiu, o jej stosunkach klimatycznych i o pomyślnych wynikach leczenia, jakie osiągnęto, jedynie legendy z ust do ust rozchodziły się po świecie. Nie można się więc dziwić, że wobec braku sprawozdań dokładnych ze spostrzeżeń meteorologicznych, sprawozdań klinicznych o wynikach leczenia klimatycznego i sprawozdań ekonomicznych o urządzeniach, zapewniających wygodę i ułatwiających pobyt, — wielu lekarzy nie posiada ustalonego poglądu na warunki klimatyczne Podhala tatrzańskiego i wartość istniejącej tam stacyi klimatycznej górskiej.

Dwa lata, spędzone w Zakopanem, nie dały mi wprawdzie możności wszechstronnego zbadania klimatu na Podhalu tatrzańskim, pozwoliły jednak wyrobić sobie pogląd na jego właściwości oraz stwierdzić na podstawie nielicznych, ale jakościowo odpowiednich spostrzeżeń, że lecznicze działanie jego bywa doniosłe w pewnych zmianach i zaburzeniach chorobowych ustroju. Wyniki spostrzeżeń moich postanowiłem przedstawić pokrótce, nie w celu skierowania uwagi na przedmiot nieznany, lecz z pobudek, które przy końcu mych uwag wyłuszczyć. Bo, że zalety klimatu w Zakopańskiej stacyi górskiej, pomimo inercyi w zakresie naukowym poprzednich jej zarządów, są znane ogółowi lekarzy naszych, dość wymienić mi prace D-rów St. Ponikły i M. Zieleniewskiego, dotyczące tego przedmiotu, — wymienić gruntowny odczyt kliniczny D-ra A. Sokołowskiego o leczeniu klimatycznym suchot płucnych, w którym poświęcił on cenny ustęp zaletom klimatu tego; dość nareszcie wspomnieć, że, dzięki gorliwości wielu lekarzy czynnych, wzrasta się corocznie frekwencya chorych, a mianowicie też podczas zimy.

Stacya klimatyczna w Zakopanem położona jest od 837 mtr. na najniższem jej miejscu, t. j. przy starym kościele, do mniej więcej 1000 mtr. na Bystrem, którego wyniesienie, dotąd niwymierzone, odpowiadać się zdaje wyniesieniu dworu na Kuźnicach, mieszczącego się na wysokości 1002 mtr. nad powierzchnią morza. Rozciąga się ona u stóp Gubałówki, wysokiej na 1125 metr., odgraniczającej od północy i zachodu całą dolinę Zakopańską, szeroką na 4 do 5 kilometrów. Łańcuch Tatr, zamykający tę dolinę od południa, nie wpływa ujemnie na insolację jej z powodu szerokości doliny.

Pomimo, że najważniejsze z czynników każdego klimatu są przejawy fizyczne, zachodzące w atmosferze, bo one to przeważnie stanowią o zaletach stacyi klimatycznej, i pomimo, że ocena naukowa pomienionych przejawów opierać się może jedynie na podstawie całkowitego zakresu dokładnych spostrzeżeń meteorologicznych, prowadzonych stale, a przez długi przeciąg czasu; niemniej jednak przez czas istnienia stacyi klimatycznej w Zakopanem spostrzeżenia te były tak po macoszemu traktowane, iż pozostawały w zupełności zaniedbano. Cały zaś matoryał spostrzeżeń, poprzednio zebrany, przytaczany tu i owdzie, nie przedstawia istotnej wartości, bo brak mu ścisłości i ciągłości. D-r Ponikło zaczerpnął dane meteorologiczne z pracy Kolbenheyer'a, pomieszczonej w Rocznikach węgier. Towarz. Karpack. Toż same cyfry przytoczył i D-r M. Zieleniewski. Źródło ich jest wcale nieznane.

Tablice, które dołączam, ułożone zostały za przeciąg czasu od 1. X. 1892 r. do 30. IX. 1893 r. ze spostrzeżeń, notowanych przezemnie i udzielonych mi przez D-ra W. MATLAKOWSKIEGO, znawcę Podhala tatrzańskiego, który dwie ostatnie zimy przepędził również w Zakopanem. Za rok następny dostarczyła mi obserwacji stacya meteorologiczna, utworzona przy Muzeum tatrzańskiem im. T. CHALUBIŃSKIEGO, przez Zarząd tegoż Muzeum. Jakkolwiek tablica ta nie obejmuje całego zakresu zjawisk atmosferycznych, których obserwacya byłaby pożądana w stacyi klimatycznej, rzucając jednak światło na te właśnie zjawiska, które z punktu widzenia klimatoterapii są najdonioślejsze.

1892—3	Średnia miesięczna.				Baro- metru.	W ciągu miesiąca było:
	Termometru Celsusza.					
	O godz. 7 rano.	O godz. 1 po poł.	O godz. 9 wiecz.	Cało- dzienna.		
Pazdziernik. . .	4,5	8,5	5,5	6,3	683,2	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 15. b) „ bez żadnego wiatru . 19. c) „ z wiatrem halnym . 3.
Listopad. . . .	— 3,7	— 0,3	— 3,8	— 2,6	686,6	a) Dni pogodn. przy zachm. 0—1 i temperaturze w słońcu od 15 do 25° C. 14. b) Dni bez żadnego wiatru . 14.
Grudzień	— 8,8	— 4,4	— 8,8	— 7,5	677,5	a) Dni pogodn. przy zachm. 0—1 i temperaturze w słońcu od 15 do 20° C. 15. b) Dni bez żadnego wiatru . 15. c) „ z wiatrem halnym . 1.
Styczeń	— 12,0	— 6,5	— 11,9	— 10,1	677,9	a) Dni po. odnych przy zachm. 0 i temperaturze w słońcu od 10 do 20° C. 15. b) Dni bez żadnego wiatru . 18. c) „ z wiatrem halnym . 1.
Luty	— 3,3	— 0,1	— 3,0	— 2,1	680,6	a) Dni pogodnych przy zachm. 0 i temperaturze w słońcu od 15 do 25° C. 14. b) Dni bez żadnego wiatru . 14. c) „ z wiatrem halnym . 7.
Marzec	— 1,3	3,3	— 0,7	0,4	Brakuje spostrzeżeń za obydwa miesiące.	a) Dni pogodn. przy zachm. 0—1 i temperaturze w słońcu od 15 do 25° C. 16. b) Dni bez żadnego wiatru . 14.
Kwiecień	1,4	6,5	1,0	3,0		a) Dni pogodn. przy zachm. 0—1 i temperaturze w słońcu od 15 do 30° C. 16. b) Dni bez żadnego wiatru . 12.
Maj	7,1	11,9	6,8	8,6	684,0	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 9. b) „ bez żadnego wiatru . 7.
Czerwiec	11,3	15,2	10,3	12,3	684,0	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 8. b) „ bez wiatru 7.

1893—3	Średnia miesięczna.				Baro- metru.	W ciągu miesiąca było:
	Termometru Celsiusza.					
	O godz. 7 rano.	O godz. 1 po poł.	O godz. 9 wiecz.	Cało- dzienna.		
Lipiec	13,2	16,7	12,9	13,3	653,9	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 10. b) „ bez wiatru 5. c) Opad atmosf. w mm. . . 183,2.
Sierpień . . .	11,2	15,4	10,9	12,5	636,3	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 . 4. b) „ bez żadn. wiatru . . . 4. c) Opad atmosf. w mm. . . 295,6.
Wrzesień . . .	6,5	12,9	7,7	9,0	683,9	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 . 12. b) „ bez żadnego wiatru . 0. c) Z wiatrem halnym 3. d) Opad atmosfer. 79,0.
Średnia roczna				3,6	682,8	

1893—4	Średnia miesięczna.				Baro- metru.	W ciągu miesiąca było:
	Termometru Celsiusza.					
	O godz. 7 rano.	O godz. 1 po poł.	O godz. 9 wiecz.	Cało- dzienne.		
Październik . . .	5,9	8,8	3,3	6,0	654,4	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 15. b) „ bez żadnego wiatru . 15. c) „ z wiatrem halnym . . 6. d) Opadu atmosf. w mm. . 110,5
Listopad.	—3,6	0,0	—2,5	—2,0	680,8	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 11. b) „ bez żadnego wiatru . 11. c) Opadu atmosf. w mm. . 52,2.
Grudzień	—4,1	—1,2	—3,5	—2,9	685,1	a) Dni pogodnych przy zachm. 0 i temperaturze w słońcu od 15 do 20°C. 14 b) Dni bez żadnego wiatru . 21 c) „ z wiatrem halnym . . 3. d) Opadu atmosf. w mm. . 66,3.
Styczeń	—9,1	—3,9	—8,3	—7,1	683,8	a) Dni pogodnych przy zachm. 0 i temperaturze w słońcu od 12 do 16°C. 21. b) Dni bez żadnego wiatru . 25. c) „ z wiatrem halnym . . 2. d) Opadu atmosf. w mm. . 25,5.
Luty	—5,4	—1,5	—4,7	—3,7	683,1	a) Dni pogodn. przy zachm. 0—1 i temperaturze w słońcu od 10 do 20°C. 12. b) Dni bez żadnego wiatru . 9. c) „ z wiatrem halnym . . 2. d) Opadu atmosf. w mm. . 79,9.
Marzec	—0,1	3,6	—0,5	1,0	681,7	a) Dni pogodn. przy zachm. 0—1 i temperaturze w słońcu od 12 do 25°C. 17. b) Dni bez żadnego wiatru . 25. c) „ z wiatrem halnym . 1. d) Opadu atmosf. w mm. . 31,0.

1893—4	Średnia miesięczna.				Baro- metru.	W ciągu miesiąca było:
	Termometru Celsjusza.					
	O godz. 7 rano.	O godz. 1 po poł.	O godz. 9 wiecz.	Cało- dzienna.		
Kwiecień	4,6	11,1	4,4	6,7	682,9	a) Dni pogodn. przy zachm. 0—1 i temperaturze w słońcu od 20 do 30° C. 17. b) Dni bez żadnego wiatru . . 17. c) „ z wiatrem halnym . . . 4. d) Opadu atmosf. w mm. . . 26,7
Maj	8,5	13,5	7,4	9,8	681,6	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 . 10. b) „ bez żadnego wiatru . . 20. c) „ z wiatrem halnym . . . 1. d) Opadu atmosf. w mm. . . 99,3.
Czerwiec	9,3	12,2	8,7	10,1	682,8	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 . 2. b) „ bez żadnego wiatru . . 4 c) Opadu atmosf. w mm. . . 305,2.
Lipiec	13,8	19,4	12,7	15,3	686,0	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 . 11 b) „ bez żadnego wiatru . . 12 c) „ z wiatrem halnym . . . 3 d) Opad atmosf. w mm. . . 83,5.
Sierpień	12,4	17,2	11,9	13,8	684,7	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 . 9. b) „ bez żadnego wiatru . . 12. c) „ z wiatrem halnym . . . 1. d) Opad atmosf. w mm. . . 126,3.
Wrzesień	5,7	10,6	5,9	7,4	684,3	a) Dni pog. przy zachm. 0—1 . 10. b) „ bez żadnego wiatru . . 10. c) „ z wiatrem halnym . . . 1. d) Opad atmosf. w mm. . . 72,4.
Średnia roczna.				4,5	683,5	Całorocz. opad atmosf. 1078,8 mm.

(D. c. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

129. GOLDSCHIEDER. **Chirurgia cierpień rdzenia.** Rozejrzawszy się w historii danego przedmiotu i odnośnym materiale klinicznym, autor podaje wskazania ściśle do chirurgicznego zabiegu przy cierpieniach rdzenia. Rękoczyni krwawy powinien być zaniechany w świeżych przypadkach porażenia kończyn dolnych, towarzyszącego złamaniu kręgow, z powodu swej bezskuteczności; wyjątek stanowią złamania łuku, w których można przypuszczać wdrażenia odłamków kostnych do rdzenia. W innych przypadkach musimy się zadowolnić zabiegami ortopedycznymi; zawieszanie może jednak pociągnąć za sobą groźne skutki. Leczenie chirurgiczne może być podjęte tytułem próby w przypadkach zniekształcenia, wskazującego złamanie i ucisk, przez łuk wywarty. O chwili, w której należy przystąpić do operacji, rozstrzyga przebieg przypadku. Radzono trepanowanie kręgosłupa w celu usunięcia wylewów krwi, powstałych przy złamaniu kręgow. Wylewów tych niepodobna jednak usunąć przez wązki otwór, jaki otrzymujemy zapomocą trepanów; zresztą wylewy nie sprowadzają same przez się wielkich uszkodzeń rdzenia. Najwłaściwszem wskazaniem jest złamanie kręgow lędźwiowych, tam też najczęściej zachodzą złamania; rzadziej występują one w części szyjowej, a nader

rzadko w piersiowej. Częściej dotyczą one łuków, niż trzonów. Przy złamaniach kręgosłupa rdzeń bywa przez odłamki uciśnięty, a niekiedy i rozerwany. W większości przypadków odłamek powraca na swe miejsce pierwotne. Objawy ze strony rdzenia nie zależą ostatecznie od sprawy uciskowej, lecz od uszkodzeń, jakie odłamki w samym mleczu spowodowały. Gdy sprawa jest świeża, spotykamy te same objawy przy ucisku na rdzeń i rozerwaniu mleczu.

Wobec rozerwania rdzenia wszelkie zabiegi chirurgiczne są bezskuteczne. Liczne przypadki dowodzą, że stan chorego po operacji się nie poprawia. Wcześniej przystąpić można do operacji jedynie przy złamaniu łuków. W innych razach należy czekać. Gdy po pewnym czasie po uszkodzeniu występuje porażenie dolnych kończyn, trudno orzec, czy zjawisko polega na zwyrodnieniu następczym po zapaleniu rdzenia, czy też na ucisku; sprawę wyjaśnia jedynie dłuższe spostrzeganie. Dobre wyniki operacji otrzymano po złamaniu łuków i uszkodzeniu *caudae equinae*. Należy zauważyć, że ogon koński jest w takim stosunku do uszkodzeń, jak nerwy obwodowe; szybko w nim bowiem zachodzi powrót do normy. Co do poprawy po uszkodzeniach łuków, musimy nadmienić, że przebieg porażenia, powstałych po uszkodzeniach kręgów, jest bardzo rozmaity: często zachodzą poprawy bez operacji. Musimy się zresztą liczyć i z leczeniem pooperacyjnym. PORT sądził, że przy cierpieniu, noszącem jego nazwę, poprawa następuje wskutek przypalenia, okazało się jednak, że zależy ono od spokoju i innych warunków. Mniejsze zastosowanie może znaleźć zabieg chirurgiczny przy zmianach w trzonie. U dorosłych *malum Pottii* często przebiega bez zniekształcenia kręgosłupa. Próchnienie dotyczy najczęściej trzonu kręgów; mamy wówczas wysięk ropny po za oponą twardą, lub ziarniny grzybowate. Twory te wywierają ucisk na rdzeń, który podlega uszkodzeniu. Według KAHLER'a i SCHMAUS'a występuje wówczas obrzęk rdzenia wskutek ucisku na drogi chłonne. Obrzęk może trwać długi czas i nie wywoływać zmian trwałych w tkance nerwowej; tłumaczy to łagodny przebieg wielu podobnych przypadków. Gdy sprawa długo trwa, mogą zachodzić zmiany zapalne. W takich razach wskazana jest trepanacja kręgosłupa, wypuszczenie ropy i wyskrobanie ziarniny z kanału. Do właściwego ogniska chorobowego dotrzeć trudno, bo mieści się ono w trzonie. W niektórych przypadkach torowano sobie drogę do trzonu przez wycięcie łuku i przesunięcie rdzenia na bok. Kierowano się ropniami opadowymi i wyskrobywano odnośne trzony. Do ogniska jednak niestety rzadko można się dostać, ani też nie sposób w zupełności je usunąć. Po zamknięciu rany ropa nanowo się wlewa do kanału, nanowo się tworzy ziarnina i sprawa pozostaje w dawnym stanie. Zwykle po usunięciu łuku następuje poprawa, zmniejszają się zaburzenia czucia; chory zaczyna niekiedy nawet chodzić, ale po pewnym czasie występuje pogorszenie. W większości przypadków i takich wyników nie widzimy, lecz chory umiera. Jedną z przyczyn niefortunnych wyników jest współistnienie wielu ognisk chorobowych w różnych częściach kręgosłupa, a nawet w rozmaitych narządach lub też umiejscowienie sprawy w samym rdzeniu. Zabieg chirurgiczny powinien być tedy zastosowany przy gruźlicy kręgosłupa, gdy mamy ropień, wzdłuż którego można dotrzeć do ogniska chorobowego w trzonie. Gdy ropni niema, należy się wstrzymać od operacji. Jedyne wyjątkiem stanowi sprawa gruźlicza łuku; chociaż i wtedy nie można wykluczyć gruźlicy trzonu. Ogniska, umiejscowionego w trzonie, usunąć niepodobna. Gdybyśmy nawet dotarli do niego ostrą łyżeczką, nie zdołamy wyskrobać wszystkich części gruźliczych. Przy operacji musimy pamiętać o tem, by nie złamać kręgu, ani nie wywołać rozsiania gruźlicy. Bardzo ważne jest możliwie wczesne rozpoznanie sprawy. Wówczas dużo można zrobić środkami ortopedycznymi. Nadajemy części chorej odpowiednie położenie. Stosownie do przypadku stosuje się według VOLKMANN'a, gorset gipsowy, układanie na koszu drucianym BONNER'a, na łóżku LORENZ'a. Radzono operację w przypadkach, w których wszystkie inne metody zawiodły. Lecz w tych razach operacja również nie daje żadnej nadziei poprawy. Przypuszczają, iż zabieg chirurgiczny może mieć znaczenie w przypadkach, w których zachodzi raczej ucisk na rdzeń, niż jego obrzęk, a do rozróżnienia ma służyć stałość objawów przy zwyrodnieniach, zmienność przy obrzękach. Porażenie pęcherza nie daje żadnych wskazań.

Bardziej zadawalniające wyniki otrzymano przy operowaniu guzów w okolicy rdzenia. Dotychczas operowano 24 przypadki. Guzy rdzenia leżą w większo-

ści przypadków z tyłu i z boku od rdzenia, wychodzą przeważnie z opon lub siedzą na otoczce korzeni i mają mało zrostów, przedstawiają tedy dogodnie warunki do wyłuszczenia dokładnego. Są one zazwyczaj małe; rdzeń długo może być uciśnięty, a mimo to nie występują objawy zwyrodnienia.

Nowotwory rdzenia w większości przypadków nie dają przerzutów ani powrotów. W istocie rdzenia nowotwory ukazują się nader rzadko. Są one nieuleczalne bez względu na swą budowę; złe rokowanie dają również nowotwory pozardzeniowe, jeśli nimi są raki, mięsaki, tętniaki.

Rozpoznanie nowotworu rdzenia jest mniej pewne, niż guza mózgowia. Oznakami rozpoznawczymi dlań są: bolesność umiejscowiona, napięcie oraz długotrwałe i wybitne objawy ze strony korzeni nerwów, następnie porażenie z jednoczesnym brakiem czucia w postaci porażenia dwustronnego (*paraplegia*) lub połowicznego, wreszcie wolny, stopniowo pogarszający się przebieg. Guzy rdzenia dają się łatwo zlokalizować, najlepiej w ogonie końskim, zgrubieniu lędźwiowem i szyjowem. W części grzbietowej łatwo się omylić co do wysokości. Ponieważ zabiegi chirurgiczne odnośnie nie są groźne, a bez nich nie można się spodziewać dobrego zejścia, należy przy właściwie rozpoznanych nowotworach rdzenia uciekać się do operacji. Guzy istoty rdzenia nie mogą być operowane. Skutek zabiegu może być zbawienny, jeśli objawy, jakie na trop guza naprowadziły, były zależne od ucisku.

Z radszych zabiegów chirurgicznych autor przytacza przekłucie kręgosłupa. Przy wodogłowie nie można się spodziewać skutku zbawiennego po tej operacji, albowiem płyn powtórnie się zbiera; lepsze wyniki dała ona przy guzach mózgu. W innych sprawach zabiegi chirurgiczne były bezowocne z wyjątkiem przecięcia korzeni przy nerwobólach. Zabiegi chirurgiczne przy cierpieniach rdzenia nie są tedy zadowalniające; może z czasem będą pomyślniejsze.

(*Deutsche medic. Wochenschrift*. 1894. Nr. 29 i 30).

Biro.

130. Prof. W. UHTHOFF. **Dalszy przyczynek do zapalenia błonicowego łącznicy.** Spodziewać się należało, że odkrycie lasecznika KLEBS-LOEFFLER'a przyczyni się do prawdopodobnego rozpoznawania różniczkowego między zapaleniem łącznicy błonicowej a krupowem. Większość dawniejszych badaczy z GRAEFE'm na czele, ściśle wyróżniała dwa te cierpienia, gdy obecnie podział ten coraz bardziej upada. Autor opisuje cztery przypadki dość łagodnego stosunkowo z przebiegu zapalenia krupowego łącznicy, bez większych zmian rogówki oraz bez następnych zmian bliznowatych łącznicy, a pomimo to wszystkie należy zaliczyć do błonicy. W trzech przypadkach wykazał autor w błonach wrzekomych obecność laseczników błonicowych, czwarty, choć nie był badany bakteryologicznie, nie pozostawia wątpliwości co do swego charakteru, gdyż po wygaśnięciu sprawy pierwotnej rozwinął się śmiertelny dyfteryt gardzieli. We wszystkich czterech przypadkach stan ogólny nie przedstawiał nic do życzenia, tak, że zapalenie błonicowe łącznicy uważać należy za cierpienie miejscowe, nie wywołujące objawów zakażenia ogólnego. Wiek pacjentów wahał się między 1½ a 6 rokiem życia. Cierpienie nie trwa dłużej nad 2—4 tyg. i pozostaje zwykle jednostronne, chociażby opatrunek ochronny na drugie oko nie był nakładany. W domach, gdzie to cierpienie się rozwijało, można było stwierdzić poprzednio błonicę gardzieli. Badania bakteryologiczne wykazują za każdym razem prócz swoistych laseczników LOEFFLER'a obecność paciorkowców i gronkowców. Ostatni ten punkt nabiera ważniejszego nieco znaczenia wobec poszukiwań innych badaczy, którzy obecności tych ostatnich mikrobow (t. j. paciorkowców i gronkowców) chcą przypisać złośliwy przebieg cierpienia, czego autor ani razu nie spostrzegął.

Następnie autor zwraca uwagę na związek, jaki zachodzi pomiędzy błonicą łącznicy, a wypryskami na twarzy, na powiekach i około oczu i uważa te ostatnie za zależne od błonicy łącznicy, gdyż z owych miejsc skóry wyhodował lasecznika LOEFFLER'a. W fałdzie przejściowej w 2—3 tygodnie po zupełnem ustąpieniu cierpienia znajdował U. jeszcze laseczniki błonicowe, ale te przy szczepieniach królikom żadnej reakcji nie dawały.

Wynika więc z powyższego, że łagodnie przebiegające zapalenie łącznicy krupowej może być pochodzenia błonicowego, szczególnie gdy panuje epidemia błonicy; że granicę ściślej między dwoma temi cierpieniami przeprowadzić nie można i że podczas epidemii błonicy należy bacznie zwracać uwagę na najłżejsze choć-

by postacię krupowego zapalenia łącznicy, badać je bakteryologicznie, oraz chorych takich trzymać oddzielnie, by uniknąć szerzenia się cierpienia.

(Berl. klin. Woch. 34—35. 1894).

131. D-r Gustaw GENERSICH. **Badania bakteryologiczne nad tak zwaną błonicą gnilną.** Powszechnie przyjęte jest, że błonica gnilna zależy od zakażenia mieszanego, t. j. od współdziałania paciorkowców. Autor postanowił sprawdzić, czy rzeczywiście obraz kliniczny cierpienia zgadza się z wynikami badania bakteryologicznego; podaje wyniki swych poszukiwań w 25 przypadkach błonicy. Badane były: śledziona, nerki, wątroba oraz krew. Ogólny wynik tych badań był ujemny, gdyż cztery tylko razy udało się autorowi wyhodować paciorkowce; z większości przypadków otrzymywał gronkowca białego, raz jeden tylko żółtego. Autor podaje opis szczegółowy niektórych przypadków, dzieląc je na dwie grupy; do pierwszej zalicza te, w których wykazał obecność paciorkowców, drugą grupę stanowią przypadki bez paciorkowców. Z pierwszych czterech przypadków tylko dwa, sądząc z obrazu klinicznego, zaliczyć można do formy błonicy gnilnej. Ze wszystkich 25 przypadków, dwa razy tylko badanie bakteryologiczne potwierdziło rozpoznanie kliniczne. W drugiej grupie spotykamy się z opisem pięciu przypadków, które klinicznie bezwarunkowo podciągnięte być winny pod miano błonicy gnilnej, gdy tymczasem badania bakteryologiczne temu zaprzeczyły, gdyż ani w narządach wewnętrznych, ani we krwi tych chorych paciorkowców wykryć się nie udało.

Z badań G. wynika, że napotykają się przypadki stosunkowo dość lekkiej błonicy, klinicznie nie uważanej za gnilną, w której znajdujemy paciorkowce, i przeciwnie, najcięższe nieraz przypadki błonicy, klinicznie rozpoznane jako gnilne, przebiegają bez paciorkowców. A zatem w postaci błonicy gnilnej przyczyną nie zawsze są paciorkowce, lecz w wielu przypadkach postać ową wywołuje lasecznik LOEFFLER'a. Skutkiem tego autor proponuje zarzucenie nazwy „błonica septyczna” i ograniczenie się na mianie—błonica bardzo ciężka, toksyczna—*diphtheria gravissima* (Jahrb. f. Kindh. B. XXXVIII H. 2—3). St. Gutentag.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 30 Października r. b.

TREŚĆ: 1) SZTEYNER—przedstawienie okazu ciąży zewnątrzmacicznej. 2) HEIMAN—*a)* przedstawienie gąsienic much wydobytych z ucha; *b)* odczyt—O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha.

1) Kol. SZTEYNER przedstawił okaz ciąży zewnątrzmacicznej jajowodowej prawostronnej, wydobyty przez cięcie brzuszne. Guz wielkości dużej pięści znajdował się w dole DOUGLAS'a, był otorbiony i wypełniony krwią ciemną, płynną, ze znacznymi skrzepami; pośród tych ostatnich widać płód długości kilku milimetrów. Chora 34-letnia, przed 9 tygodniami, na tydzień przed mającą nastąpić miesiączką, dostała po spółkowaniu bólów w krzyżu, mdłości, wymiotów i krwawienia z części płciowych. Przed trzema tygodniami odeszły wraz z krwią części tkankowe, których badanie drobnowidzowe wykazało budowę błony doczesnej. Operacji S. dokonał 29 b. m.; stan chorej zupełnie dobry.

2) Kol. HEIMAN *a)* przedstawił 3 gąsienice much, wydobyte z ucha żołnierza. Przy tej okazji H. zaznaczył, że w jednym przypadku wydobyl z ucha 24 gąsienice, i że w uchu, zwłaszcza przy zapaleniu ropnem ucha średniego, napotymano dwa gatunki poczwerek, mianowicie *muscidae lucidae* i *muscidae sarkophagae*; pierwsza z tych much składa jajka, z których się wylęgają gąsienice w uchu, druga składa od razu liszki.

b) Następnie kol. HEIMAN miał odczyt p. t. „O śmiertelnych powikłaniach chorób ucha”. (Praca ta drukuje się obecnie w „Medycynie”).

W dyskusyi prof. BRODOWSKI nie zgadza się z mówcą, aby górna ściana błony bębenkowej posiadała grubość kilku milimetrów, grubość ścian tej bowiem najwyżej dochodzi do 1½ mm.; również nie zauważył nigdy, aby w tej ścianie były tak znaczne otwory, jak to wspomina mówca, zapomocą których błona twarda miałaby się stykać z błoną śluzową; z drugiej znów strony uważa, że II. za cionką podał blaszkę,

oddzielającą jamki wyrostka sutkowego od *sinus sigmoideus*, który u mówcy niesłusznie figuruje pod nazwą *sinus transversus*. Prof. BRODOWSKI przypuszcza, że chyba tylko skutek *lapsus linguae* różnica co do szerokości pomiędzy prawą (podług H. szerszą), a lewą (węższą) zatoką miała powstać wskutek tego, że z prawą ma się łączyć zatoka podłużna, a do lewej ma wpadać *v. magna Galeni*, wiadomo bowiem, że *v. magna Galeni* wpada do zatoki pionowej (*sinus perpendicularis*), która zarówno znowu z zatoką podłużną zbiega się w t. zw. *torcular Herophili*. Co się tyczy zakrzepów w zatokach żylnych przy ropieniu w uchu, to powstają one nie wskutek zwolnienia krwiotoku, lecz wskutek zmian w ścianach naczyń, zachodzących w następstwie zapaleń ropnych, bądź nasiąkania tylko wytworami zapalenia posokowatego. Namuly tego rodzaju nie mogą być zastąpione tkanką łączną, lecz ulegają rozmięczeniu złośliwemu. Co się zaś tyczy operacji, polegającej na otwarciu zatoki poprzecznej, to skuteczność jej bez uprzedniego podwiązania żyły szyjowej uważać należy za niemożliwą.

Kol. STANKIEWICZ zaznacza, że operacje uszno wbrew twierdzeniu H. dokonywać może nie tylko otyatra, obeznany dokładnie z techniką chirurgiczną, lecz i chirurg; uwagi zaś, zwrócone do chirurgów, aby się zapoznali z otyatryą, uważa za zbędne o tyle, że wogóle chirurgów naszych posądzając bynajmniej nie można, aby zaniedbywali zapoznawania się z anatomią i patologią tych narządów, na których operację wykonąć zamierzają.

Kol. GURANOWSKI. Kol. H. na początku swego odczytu zaznaczył, iż wykład swój o powikłaniach śmiertelnych ucha opiera na 40 przypadkach takich powikłań, spostrzeganych w szpitalu Ujazdowskim i stwierdzonych sekcją. Tymczasem przedstawił nam obraz ogólny śmiertelnych powikłań chorób usznych. Co do poszczególnych faktów, to przedewszystkiem zauważyć należy, jak to podniósł Sekretarz Stały, że ściana górna jamy bębnekowej nie jest nigdy tak gruba (kilka milimetrów), jak to podaje D-r H., zaś nawet przy istnieniu patologicznych otworów w tej ścianie, ropienie z jamy bębnekowej rzadko tą drogą przechodzi na oponę twardą. Zawsze bowiem w tych razach stwierdzono próchnienie. Co do zatorów, występujących w przebiegu zakrzepu zatoki poprzecznej, to najczęściej występują one w płucach, a nie, jak twierdzi kol. HEIMAN, w stawach, wątrobie i t. d. Ropnie przerzutowe w stawach zdarzają się przy zupełnie innej postaci chorobowej, a mianowicie przy *osteophlebitis* kości skalistej, postaci chorobowej, którą szczegółowo opisał KOERNER. Co do operacji zakrzepów zatoki poprzecznej, to rzeczywiście tylko to przypadki zakończyły się pomyślnie, w których żyła szyjowa była podwiązana. Przytem kol. HEIMAN nie dał nam opisu obrazu klinicznego pojedynczych powikłań, to jest ropnia mózgowego, zakrzepu zatok, *leptomeningitis* i t. d., i wskutek tego nie wyjaśnił nam rozpoznania różniczkowego, które aczkolwiek trudne, jednak postawić w niektórych przypadkach można. Co prawda, najczęściej bywa ono utrudnione przez współistnienie różnych powikłań jednocześnie. Co do zarzutu, stawianego chirurgom, iż nie powinni wykonywać operacji usznych, kol. G. staje w obronie tych ostatnich i twierdzi, że otyatry dopiero wtedy będą mieli prawo wygłaszać podobne żądanie, jeśli sami będą tak gruntownie wyrobieni chirurgicznie, iż będą mogli podjąć się tak ciężkich operacji, jak trepanacja czaszki i otwieranie ropni mózgowych.

Prof. BARANOWSKI zwraca uwagę, że przedstawienie i dokładne opisanie wszystkich powikłań spraw ropnych w uchu nie było zadaniem prelegenta; kol. HEIMAN wykazał, jakie mogą być niebezpieczne powikłania chorób uszu. Rzecz ta posiada doniosłość praktyczną ze względu na to, że wrotami do zapalenia ropnego ucha środkowego, które w następstwie może doprowadzić do ropnicy lub posocznicy, są jama ustna i gardziel, na infekcję przeto z tej strony bacznie należy zwracać uwagę w przebiegu chorób zakaźnych i zapobiegać jej przez staranną dezynfekcję, co zazwyczaj ma miejsce w praktyce, zwłaszcza przy tyfusie i gruźlicy. Co się zaś tyczy zdania TROELTSCH'a, jakoby na 3 ludzi 1 był w większym lub mniejszym stopniu dotknięty głuchotą, to nie zdaje się, aby było ono zgodne z rzeczywistością; znaczna śmiertelność z chorób uszu, jaką podają otyatry, o tyle wydaje się przesadzoną, że oparta jest na ciężkich szpitalnych przypadkach.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-r L. LÖWENFELD.

Patologia i terapia neurastenii i histeryi.

(Wiesbaden, nakł. J. F. Bergmanna. 1894).

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 44).

Inaczej omawia autor ujemny wpływ zбоcezeń i chorób w sferze płciowej. Wstrzeżność płciowa może sprowadzić objawy histeroneurasteniczne, ale pod warunkiem częstego pobudzenia zmysłowego przez ściślejsze obcowanie obu płci (np. w stanie narzeczeństwa), lub też przy istniejącem neuropatycznem usposobieniu. Znacznie szkodliwsze, lubo mniej, niż to ogólnie słyszeć się daje, są nadużycia płciowe, głównie zaś dokonywane na drodze nienaturalnej. Samogwałt wyczerpuje system nerwowy nie tylko bezpośrednio, lecz i przez ujemny wpływ wyrzutów sumienia i walki wewnętrznej, jakim podlegają jego ofiary. Jednakże faktem jest, że wywołuje on w stanie histeroneurastenicznego objawy u osobników, zupełnie nieświadomych znaczenia tego nalogu. Dłużej stosowany *coitus interruptus* również zaliczyć się daje do przyczyn, wywołujących zaburzenia charakteru histeroneurastenicznego.

Względem chorób ginekologicznych autor holduje nowoczesnym zapatrywaniom, które odebrały tym cierpieniom dawne znaczenie, i sądzi, że w przypadkach, w których te cierpienia rzeczywiście istnieją, nie są one wyłączną przyczyną histeryi lub neurastenii. Autor przypuszcza nawet, że wskutek pierwotnie powstałych nerwowych zaburzeń, wtórnie wystąpić mogą zбоcezenia w miesiączkowaniu, a nawet zmiany w formie i położeniu macicy (?). Co się tyczy ciąży, to pewno jest tylko to, że wywołuje ona może jeden objaw niewątpliwie histerycznej natury, mianowicie wymioty. Choroby narządów płciowych u mężczyzn wywołują objawy przeważnie neurastenicznej natury jedynie przy istniejącem usposobieniu. Widzimy bowiem nader częste przypadki tych cierpień, przebiegające bez wpływu na ogólny system nerwowy. W każdym razie działa tu nie tylko podrażnienie nerwów czuciowych narządów płciowych, lecz w dużym stopniu przyczyniają się i rozmaite wpływy psychiczne.

Cierpienia przewodu pokarmowego działają ujemnie na system nerwowy kilkoma drogami: popierwsze przez upośledzenie ogólnego odżywiania, następnie przez podrażnienie bólowe, a w dużym stopniu przez wpływ toksyn, jakie się wytwarzają wskutek nieprawidłowego chemizmu zawartości żołądkowo-kiszkowej. Często jednak niestrawność jest tylko jednym z objawów neurastenii lub histeryi, potęgując ze swej strony cierpienie nerwowe; wytwarza się wtedy prawdziwe błędne koło. Co się tyczy opuszczenia trzów (*enteroptosis*), które GLENARD chce uważać za wyłączną przyczynę neurastenii, to autor odejmuje temu twierdzeniu wszelką podstawę.

Ujemny wpływ cierpień jam nosowych na system nerwowy autor potwierdza i zgadza się nie tylko na tłumaczenie tego zjawiska drogą odruchu, lecz sądzi, że utrudniony odpływ limfy z przestrzeni podoponowych, łączących się z limfatycznymi naczyńkami jamy nosa, źle wpływa na odżywianie mózgowia.

Z organicznych chorób nerwowych, najczęściej do wybuchu histeryi lub neurastenii prowadzą cierpienia rdzenia, przeważnie przez wyczerpanie wtórne wskutek bólów, bezsowności, depresji.

Z chorób ogólnych, stawiano błędnie w związku przyczynowy z neurastenią, a zwłaszcza z histeryą; okazuje się jednak, że błędica stwarza tylko usposobienie lub też u predysponowanych wywołuje te cierpienia, natomiast często bywa wynikiem nerwicy, mianowicie niestrawności nerwowej.

Wpływ chorób zakaźnych zdaje się być pośredni, przez upośledzenie ogólnego odżywiania. Jedynie względem grypy przyjąć zdaje się można bezpośredni ujemny wpływ zarazki lub jego wytworów (toksyn) na system nerwowy. Wpływ przymiotu zaś jest bezpośredni: przez upośledzenie odżywiania i czynniki psychiczne.

Co się tyczy anomalii przemiany materji, to zdaje się być faktem, że skaza mo-

czanowa gra pewną niepoślednią rolę pośród przyczyn neurastenii. W rzędzie rozmaitych otruć, ujemnie na system nerwowy działających, na pierwszym planie postawić należy otrucie wysokokowe. Lecz i nadużywanie alkoholu do wybuchu neurastenii lub histeryi nie wystarcza; konieczne są tu jeszcze: usposobienie neuropatyczne, lub inne, system nerwowy osłabiające czynniki. Usposobienie istotnie często już jest dane, gdyż do nadużyć wysokokowych najbardziej skłonni są ci, co słaby swój system nerwowy sztucznie podniecałby radzi. To samo tyczy się i innych używek, jak herbata, kawa, tytuń.

Obszerniejszy rozdział poświęca autor urazowi, jako przyczynie neurastenii i histeryi. Należy on do pierwszych, którzy wystąpili przeciwko bronionej przez OPPENHEIM'a i STRUEMPELL'a odrębności norwicy urazowej, jako samodzielnej postaci chorobowej. Oprócz przestachu, któremu CHARCOT i OPPENHEIM przypisują najważniejsze przyczynowe znaczenie w powstawaniu zaburzeń nerwowych, autor podnosi wielki wpływ mechanicznego wstrząśnienia ośrodków nerwowych. W wielu razach mając znaczenie bóle, spowodowane przez uraz, bezsenność, troska z powodu grożącej niezdolności do pracy i t. p. W każdym razie w powstawaniu traumatycznej histero-neurastenii gra także rolę i usposobienie.

Rozdział o etyologii, obszernie i wyczerpująco opracowany, przedstawia autora jako przeciwnika jednostronnych i zbyt pośpiesznie uogólnianych poglądów: autor żadnemu czynnikowi nie przypisuje wyłącznego znaczenia przyczynowego, jak to czynią niektórzy; zawsze uwzględnia wspólnie, jednocześnie działanie kilku momentów, na predyspozycję główny kładąc nacisk.

Następują symptomatologia neurastenii, na której wstępie autor odpięra zdanie, jakoby neurastenia była „kotłem“, w którym są pomieszane najrozmaitsze stany chorobowe. Jeżeli rzeczywiście objawy neurastenii są niezmiernie rozmaite, to istnieją przecież i cechy stałe tego cierpienia, tak zwane stygmaty, które odrębności choroby dowodzą. Wreszcie rozmaitość objawów nie tylko neurastenii jest właściwa: widzimy ją w histeryi, epilepsyi, którym to chorobom samodzielnego stanowiska w patologii nikt nie zaprzecza.

W rozdziale o zaburzeniach w sferze psychicznej, mówiąc o zmianie charakteru, spostrzeganego przy neurastenii, autor zwraca uwagę na to, że strona etyczna charakteru pozostaje nienaruszona, co stanowi wybitną różnicę między neurastenią, a ciężkimi, w dziedzinę psychiatrii wkraczającymi stanami (*moral insanity*). Obszernie opisane są przymusowe stany (*phobiae*) u neurasteników. Autor narówni z innymi spotykał te stany najsilniej wyrażone u osobników dzielnie obciążonych; nie zgadza się jednak z tymi, którzy zaburzenie to uważają za objaw cierpienia umysłowego.

Następne rozdziały poświęcone są rozpatrzeniu rozmaitych postaci zawrotów głowy, bezsenności i anomalii snu. Szkoda tylko, że autor wcale nie dotyka analizy fizyologicznej tych ciekawych zjawisk.

W rozdziale o zaburzeniach w sferze czucia omówione zostały bóle głowy oraz rozmaite sensacje w obrębie głowy, następnie bóle w kręgosłupie, dolnych kończynach. Autor, zgodnie z BEARD'em, zaznacza, że neurastenikom nie są obecne tak zwane bóle błyskawiczne, wyróżniające się od bólów, właściwych wąłdowi, słabszym natężeniem i mniejszą uporczywością. Ze zboczeń czucia skórniego najczęściej w neurastenii występuje hyperalgezya; obszernych anestezyi w niepowikłanych przypadkach neurastenii nie bywa. Autor jest tego zdania, że czuciowa postać epilepsyi JACKSON'a bywa niekiedy objawem jedynie neurastenii; przyznać jednak trzeba, że dowodzenia jego w tym względzie nie są przekonujące.

Rozpatrując zaburzenia w sferze wyższych zmysłów, autor omawia astenopię nerwową i nowoczesne tłumaczenie tego zjawiska wyczerpaniem mięśni oka, gdy dawniej sprowadzano je do zaburzeń ze strony siatkówki; następnie zaznacza niezgodność autorów co do zmian w polu widzenia, spostrzeganych w neurastenii i neurozie traumatycznej, zaleca badanie pola widzenia z uwzględnieniem ostrożności, ostatnio przez WILBRAND'a wskazanych. Co się tyczy żrenie, to nierówność ich, mianowicie przemijającą, spotyka się w neurastenii i najczęściej jest objawem zwrotnym pewnych ogólnych albo miejscowych (żołądkowych, płciowych) zaburzeń w organizmie.

W rozdziale o zaburzeniach w sferze ruchowej autor zwraca uwagę na to, że osłabienie mięśniowe, tak pospolite w neurastenii, jest często jedynie parestezyą, niezależną od istotnej sprawności układu mięśniowego. Co się tyczy ataksyi, to nie spotykał on jej we właściwej postaci nawet w cięższych postaciach neurastenii, wbrew

temu, co inni twierdzą, Chwiejny chód zdarza się u neurasteników, lecz zależy on więcej od subiektywnego poczućcia niopowności ruchów, albo też wprost od zawrotu głowy, niż od istotnej niewydolności nóg; niema też tu owego charakterystycznego wyrzucania kończyn, niema wyraźnego zbaczania z wytkniętego kierunku przy zamkniętych oczach, niema bezwładu w pozycji leżącej. Mówiąc o porażeniach w neurastenii, autor nie wyłącza ich z szeregu objawów tego cierpienia, twierdzi jednak, że w czystych przypadkach neurastenii są one jedynie bardzo krótkotrwałe (kilka minut najwyżej).

W rozdziale o odruchach wypowiada autor zdanie, że spostrzegany przez niektórych badaczy brak odruchu kolanowego u neurasteników polega prawdopodobnie albo na niedostatecznem badaniu odruchów, albo na błędnem rozpoznaniu. (D. c. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== LEWIN jako *diureticum* zaleca *tartarus boraxatus* w dawkach 10 — 25 gran w wodzie dziennie. Ponieważ związek ten jest drogi, więc można zapisywać w sposób następujący: Rp: Boracis 5,0 — 10,0 Tartari depur. 2,5 — 5,0 Aq. dest. 150,0 MDS. Co dwie godziny łyżkę. (Deut. med. Woch. 1894 № 26).

== PETIT podnosi sprawę możliwego wpływu ujemnego jazdy welocypedowej na zdrowie.

Zdaniem jego, sportu tego zaniechać winni i ludzie, dotknięci miażdżycą tętnic, chorobami nerek, gruźlicą, rozedmą płuc, a zwłaszcza dusznością, cierpieniami stawów, kregosłupa, miednicy i narządów rodnych; ciąża i niedawno przebyty okres połogowy są przeciwwskazaniem do jazdy na welocypedzie. (Bullet. méd. 3 paźdz.).

Wiadomości bieżące.

— Stan sanitarny Warszawy po bardzo niepomyślnym sierpniu i wrześniu wraz z ustąpieniem cholery uległ znacznej poprawie. Śmiertelność w ciągu miesiąca października 22,5 na tysiąc jest niższa nieco od śmiertelności w odpowiednim miesiącu roku zeszłego. Najbardziej rozprzestrzenione z chorób zakaźnych są: odra, błonica i szkarlatyna, ta ostatnia zwłaszcza występuje w bardzo ciężkiej postaci. Pojawiają się również liczne przypadki róży, koklusz i zapalenia płuc włóknikowego, nieliczne tyfusu brzuszego. Tyfusu wysypkowego w ostatnich tygodniach wcale nie widzimy. J. K.

— Na wiosnę r. b. prof. BUJWID otrzymał z jednego przypadku błonicy w Krakowie hodowlę bakterii LOEFFLER'a, która wykazała bardzo silne własności toksyczne. Hodowla bu-

lionowa 2-dniowa zabija świnki, zastrzyknięta w ilości 0,01—0,02 c., po 24—30 godzinach; wnosić stąd można, że jest ona około 10 razy silniejsza od hodowli, używanych przez ROUX i BEHRING'a: Z hodowlą tą wykonał B. doświadczenia w zakładzie Higienicznym w Krakowie, oraz otrzymał toksyny, które będą użyte w celu uodpornienia koni, przeznaczonych do otrzymywania surowicy przeciwbłonicowej. Pewne grono obywateli w Warszawie dostarczyło prof. BUJWIDOWI odpowiednio urządzoną stajnię z końmi, które użyte zostaną do pierwszych doświadczeń w najbliższym czasie. W razie potrzeby toż samo grono objawiło chęć rozszerzenia tego tymczasowego zakładu. Szczepienia w celu następnego otrzymania surowicy prowadzi będą prof. BUJWID i d-r PALMIRSKI.

Odpowiedzi Redakcyi.

„Prenumeratorowi“. Oprócz przekładu dzieła NEUMANN'a p. t. „Nauka o chorobach skóry“, literatura nasza nowszego podręcznika nie posiada. Z niemieckich możemy zalecić: LESSER. „Lehrbuch d. Hautkrankheiten“ — wydanie 8. 1894 r. marek 7 $\frac{1}{4}$. KAPOSI. „Pathologie u. Therapie d. Hautkrankheiten“ — 4 wydanie. 1893 r. 22 marki. Z francuskich: LELOIR et VIDAL. „Traité descriptif de maladies de la peau. 70 frank. Z pism czasowych zalecamy: 1) „Archiv für Dermatologie u. Syphil.“, 17 rs. 50 kop. rocznie z przesyłką. 2) „Monatshefte für Dermatologie“, 24 zeszyty rocznie 16 rs. 50 kop. 3) „Annales de dermatologie et de Syphiligraph.“, 18 rs. rocznie z przesyłką.