

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7; półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O drewnowatym nacieczeniu zapalnym tkanki łącznej, (Phlegmon ligneux Reclus). Podał d-r L. Krause. — Bezład dziedziczny czyli choroba Friedreich'a (Ataxia hereditaria s. morbus Friedreichi). Napisał Stanisław Kopeczyński. (Dokończenie). — Kilka uwag o leczeniu dławca błonniczego. Podał D. Nisenson. — **Streszczenia i wyciągi.** 3. O wyluszczeniu pochwy. 4. Zwężenie przełyku w następstwie błonicy szkarlatynowej. Wyleczenie. 5. O zapaleniu otrzewny, wywołanem przez diplococcus. Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 14 i 20 stycznia r. b. — **Odcinek.** O konieczności sanitarnego prawodawstwa dla miejscowości leczniczych. (Ciąg dalszy). — **Drobniejsze wiadomości** różnej treści. — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna”
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Krause — Sur une infiltration inflammatoire du tissu conjonctif d'une dureté extraordinaire. 2) D-r S. Kopeczyński — Sur la maladie de Friedreich. 3) D-r D. Nisenson — Quelques observations sur le traitement du croup diphtéritique.

Redaction: Dr M. Sadowski, Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Krause — Ueber holzharte entzündliche Infiltration des Bindegewebes. 2) D-r S. Kopeczyński. — Ueber die Friedreich'sche Krankheit. 3) D-r D. Nisenson — Einige Bemerkungen über die Behandlung des diphteritischen Croups.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

O drewnowatym nacieczeniu zapalnym tkanki łącznej.

(*Phlegmon ligneux Reclus*).

Podał

D-r Med. Ludwik Krause

Ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Starozakonnych w Warszawie.

Pierwszy RECLUS przed kilku laty zwrócił uwagę na osobliwą postać zapalenia tkanki łącznej, różniącego się wielce od zwykłego zapalenia sposobem powstawania, przebiegiem, a zwłaszcza niektórymi objawami, cechującymi owe dotychczas jeszcze mało znane i rzadko spostrzegane zapalenie. Z pięciu przypadków w mowie będącego zapalenia, jakie RECLUS miał sposobność spostrzegać, jeden, mianowicie piąty, spostrzegany dokładniej, niż poprzednie, pod względem klinicznym i bakteriologicznym, przedstawił w 1896 roku na posiedzeniu towarzystwa chirurgów paryskich¹⁾, gdzie z tego powodu to-

¹⁾ RECLUS. Phlegmon ligneux du cou, Revue des sociétés savantes, Revue de Chirurgie, 1896 pg. 552

czyła się bardzo ożywiona i pouczająca dyskusja. We wszystkich tych przypadkach sprawa zawsze zajmowała okolicę szyjową i dawała jednakowy obraz kliniczny, mianowicie: na przedniej lub bocznej okolicy szyi rozwija się drewnowate nacieczenie tkanki łącznej na dużej przestrzeni; rozwój tego cierpienia postępuje bardzo powoli i trwa tygodnie, miesiące i nawet rok cały. Zapalenie szerzy się bez gorączki i bez innych znaczniejszych objawów ogólnych. Zwykłych głównych cech ostrego zapalenia ropnego tkanki łącznej brak zupełny, lub są one bardzo słabo wyrażone. Skóra pozostaje prawidłową i wtedy tylko zabarwia się na różowo, gdy z powodu zbliżania się sprawy zapalnej ku powierzchni, przyrasta ona do tkanki twardej, pod nią leżącej. Uczucia wzmożonej ciepłoty i bólu prawie nigdy nie znajdujemy. Obrzmienie o odporności niezwyklej, przypominającej *cancer en cuirasse* nie zmienia się przez długi czas, i częstokroć mijają tygodnie, zanim zjawia się ropienie.

RECLUS zwraca szczególną uwagę na cały ten przebieg nieprawidłowy i na cechy zewnętrzne drewnowatego nacieczenia zapalnego tkanki łącznej, tembardziej, że na pierwszy rzut oka, a nawet po ściślejszem badaniu bardzo łatwa jest omyłka co do istoty cierpienia. Sam RECLUS w każdym przypadku przez siebie spostrzeganym podejrzewał istnienie nowotworu złośliwego, nawet wówczas, gdy o obecności ropnia już wątpić nie było można. Wiadomo wszakże, że i w nowotworach, zwłaszcza zajmujących okolicę szyjową, zjawia się nieraz ropienie z powodu przedostania się do nich drobnoustrojów z ust drogą naczyń chłonnych. RECLUS nieraz widział ropienie w zrakowatych gruczołach podszczękowych w przypadkach raka pierwotnego języka. Na podstawie tego wtedy tylko upewniał się, że miał do czynienia z drewnowatym zapaleniem tkanki łącznej, gdy zupełne wyzdrowienie chorego nie ulegało już najmniejszej wątpliwości.

W celu bliższego zapoznania czytelników z omawianem cierpieniem, pozwolę sobie, nim przystąpię do opisu przypadków, przeze mnie spostrzeganych, choć w skróceniu przytoczyć ostatnie dwa przypadki, spostrzegane przez RECLUS'a ²⁾, zaś pierwsze trzy, jako spostrzegane zbyt powierzchownie i opisane niedokładnie, pomijam.

Pierwszy z tych dwóch przypadków dotyczył 59-letniego mężczyzny, u którego przed 14 laty zjawił się guz w okolicy nadobojczykowej po stronie lewej, zaś przed 4 laty takież guz w okolicy podszczękowej lewej. Po pewnym czasie naokoło ostatniego guza wystąpił obrzęk, przyczem chory czuł się osłabionym, a ciepłota skóry w miejscu obrzmienia okazała się nieco podniesiona. Obrzmienie powoli rozszerzało się i wkrótce zajęło całą okolicę przyuszną i podszczękową. Badanie, przedsięwzięte w 4 tygodnie później, już podczas pobytu chorego w szpitalu, wykazało: na szyi w okolicy wyżej opisanej znajduje się obrzmienie, pokryte zaczerwienioną skórą, na dotyk twarde, jak drewno, wyraźnie odgraniczone od części sąsiednich zdrowych. Nigdzie chelbotania wykazać nie można. Pomimo wprawy w rozpoznawaniu podobnych przypadków, RECLUS wciąż myślał, że ma przed sobą nowotwór złośliwy, prawdopodobnie raka gruczołów, i w tej myśli utrzymywały go długotrwałość cierpienia bez widocznej zmiany oraz brak wszelkiego odczynu gorączkowego. Jednakże powoli skóra w tylnej i dolnej okolicy obrzmienia zabarwiała się coraz ciemniej, odporność w tem miejscu zmniejszała się, a po 4 lub 5

²⁾ RECLUS. Phlegmon ligneux du cou, *Revue de Chirurgie*. 1896. Nr. 7.

dniach wyczuć można było wyraźne chęłbotanie. Po przecięciu ropnia wypłynęła niewielka ilość ropy. Po trzech dniach utworzył się świeży ropień, który przecięto; obrzmienie zaś pozostało twardem. Po przecięciu trzeciego ropnia, chory czuł się dobrze i wypisał się ze szpitala. Po dwóch miesiącach chory powrócił z takimże obrzmieniem twardem i wyzdrowiał zupełnie dopiero po wykonaniu głębokich cięć przez całą grubość nacieczenia za pomocą żegadła. Badanie ropy wykazało diplokokki rozsiane lub układające się w łańcuszki. Hodowle na żelatynie i agarze rozwijały się bardzo powoli, dopiero trzeciego dnia zauważyć można było kolonie w bardzo małej ilości, wcale niepodobne do streptokoków, powodujących zazwyczaj ropienie.

Drugi przypadek dotyczył 35-letniego mężczyzny, dość silnego, aczkolwiek bladego i chudego. Zachorował przed 4 miesiącami na ból w gardle, który z każdym dniem powiększał się tak, iż połykanie było coraz trudniejsze, a głos stracił zwykle swoje brzmienie. Po 6 tygodniach szyja poczęła obrzmiewać coraz bardziej bez gorączki i bez bólu, i chory zapisał się do szpitala w cztery miesiące po zjawieniu się pierwszego bólu w gardle, a w trzy miesiące od chwili wystąpienia obrzmienia na szyi. Badając chorego, znaleziono w okolicy przedkrtaniowej guz w postaci płaskiego stwardnienia, znajdujący się między górnym brzegiem chrząstki tarczowej, mostkiem i mięśniami mostko-obojęczyko-sutkowymi. Guz nieruchomy i jakby przyrośnięty do mięśni i do narządów, pod nim leżących, podczas połykania podnosi się razem z krtanią. Skóra tu mocno różowa, na dotyk nieco ciepła, od ucisku żadnego bólu niema, skóra nie obrzękła; guz wszędzie jednakowo twardy, jak drewno, z wyglądu i odporności podobny do *cancer en cuirasse*, i ten jako nowotwór złośliwy przez niektórych był rozpoznawany. Na zasadzie objawów powyższych, a głównie, sądząc z podobieństwa tego przypadku do przypadków, poprzednio spostrzeganych, RECLUS rozpoznał drewnowate zapalenie tkanki łącznej podskórnej szyi, z zastrzeżeniem jednak, że nie jest tu wyłączony nowotwór złośliwy. Po kilku dniach w środku guza pokazał się jeden punkt czerwony, o ciepłocie nieco podniesionej i cokolwiek bolesny; po pewnym czasie wyczuć się dawało w tem miejscu wyraźne chęłbotanie. Ropień przecięto i wypuszczono niewielką ilość ropy. Wkrótce w kilku innych miejscach utworzyły się ropnie jeden po drugim, małe i zawierające zaledwie kilka kropeł ropy. Ropnie te, jedne się goiły, drugie pozostawiały małe przetoki, sam zaś guz wogóle mało się zmienił, pozostawał jak poprzednio twardym i nie zmniejszał się wcale. Chory chudł i tracił na wadze. W narządach wewnętrznych nie zachodziły żadne zmiany, jedynie zauważyć można było lekkie przekrwienie prawej struny głosowej.

Badanie ropy, otrzymanej po przecięciu ropni, wykazało niewielką ilość laseczników krótkich, barwiących się łatwo płynem LOEFFLER'a i ROUX, a trudno sposobem GRAM'a. Zaszczepiając małe ilości ropy na gruntach odżywczych, nie otrzymano żadnych hodowli, i dopiero po zaszczepieniu dwóch centymetrów kubicznych ropy, wynik był dodatni. Hodowle podobne były do hodowli lasecznika LOEFFLER'a. Cierpienie więc powstało z powodu zakażenia lasecznikiem błoniczym lub rzekomo-błoniczym, o jadowitości bardzo słabej. Opierając się na wyniku powyższego badania bakteriologicznego oraz na fakcie, że guz na szyi wystąpił po poprzednim zapaleniu gardła, RECLUS przedsięwziął leczenie za pomocą surowicy przeciwbłoniczej i zastrzyknął choremu pod skórę raz 20 grm. surowicy, a drugiego i trzeciego dnia po 10 grm. Odtąd zaczęło się polepszenie, spoistość guza powoli zmniejszała się,

guz malał, i chory po sześciomiesięcznym pobycie w szpitalu wypisał się zdrowy zupełnie.

Przechodzę obecnie do opisu dwóch przypadków drewnowatego nacieczenia zapalnego tkanki łącznej, spostrzeganych przeze mnie, jeden w praktyce prywatnej, zaś drugi w oddziale moim w szpitalu Starozakonnych.

Przypadek pierwszy dotyczy 35-letniej kobiety, do której byłem wezwany dnia 6 grudnia 1896 roku. Chora opowiada, że przed tygodniem zjawił się u niej guz pod brodą bez żadnej widocznej przyczyny; ani dreszczów, ani gorączki nie było. Guz niebolesny, lecz w ciągu kilku dni staje się coraz większym, rozszerza się ku dołowi i ku stronie prawej. W nocy z 4 na 5 grudnia chora obudziła się z nadzwyczajną dusznością, która zniewoliła ją do przechadzania się po pokoju, gdyż obawa przed zaduszeniem się nie pozwoliła jej pozostawać w łóżku. Po wymiotach, spowodowanych jakimś środkiem wymiotnym, duszność zmniejszyła się o tyle, że chora mogła przeleżeć w łóżku do rana. Badanie krtani za pomocą wziernika krtaniowego nie wykazało nic nieprawidłowego. Przy badaniu okazało się: chora tegiej budowy ciała z nadzwyczaj obfitym pokładem tłuszczowym, dobrze odżywiana; nigdy poważniejszej choroby nie przechodziła, rodziła 10 razy bez powikłań. Ciepłota nie podniesiona, tętno prawidłowe 96 uderzeń na minutę. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego wykryć się nie daje. Skarży się na duszność i na silny ból przy połykaniu, zwłaszcza ze strony prawej, twardych pokarmów zupełnie połykać nie może, płynne zaś z ogromną trudnością. Na szyi znajduje się guz, szerzący się od brzegu zewnętrznego mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego prawego ku górze aż do brzegu dolnego szczęki, przechodzi dalej na przednią powierzchnię szyi i zajmuje przestrzeń od brzegu dolnego szczęki do obojczyka prawego i mostka, przechodząc na rękkość jego na szerokości dwóch palców poniżej wcięcia półksiężycowego, zaś na lewo dochodzi do brzegu wewnętrznego mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego lewego. Guz ten twardy, jak deska, zajmuje grubą warstwę, pokrywa całą powierzchnię szyi w granicach wyżej opisanych jak pancerz, granice jego wypukłe, niby oddzielają się od sąsiedniej zdrowej skóry. Skóra biała, przesuwalna, nieobrzęklą, dołka palec przy ucisku nie pozostawia. Przy obmacywaniu silnem guza występuje nadzwyczaj małe uczucie bólu, sam przez się guz nie bolesny. Chęłbotania ani głębokiego, ani powierzchownego nigdzie nie ma. Ruchy głowy nieco ograniczone. W gardle nic nieprawidłowego zauważyć się nie daje. Gruczoły podżuchwowe, ani szyjowe nie powiększone.

Dnia 9-go chora skarży się na silny ból głowy w okolicy ciemieniowej prawej i na silny ból przy połykaniu. Duszność w ciągu dnia chwilami ustępuje, w nocy powiększa się. Guz rozszerzył się nieco na lewo, bolesności żadnej niema. Twardość guza ogromna.

Po 6 dniach twardość guza taka sama w bocznych częściach, skóra biała, przesuwalna, tylko na przedniej powierzchni, w okolicy krtani i powyżej mostka skóra nieco obrzęklą, nieprzesuwalna i przyrośnięta do tkanek, pod nią leżących, zabarwienia czerwonego. Dreszczów przez cały ten czas nie było, ciepłota prawidłowa.

Dnia 16-go. Zaczerwienienie powiększyło się, zajmuje przestrzeń od mostka aż do połowy krtani. Tuż nad wcięciem półksiężycowym mostka znajduje się ograniczone miejsce, bolesne przy ucisku, i wyczuwa się chęłbotanie głębokie, nie bardzo wyraźne.

W ciągu trzech dni następnych bolesność w miejscu oznaczonem powiększa się, skóra mocno się czerwieni, obrzękła, a dnia 19 chębotanie staje się wyraźniejsze i powierzchowniejsze.

Powstały ropień przeciąłem nazajutrz, po zachloroformowaniu chorej, cięciem podłużnem, długości około 7 ctm., a na zewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego prawego dodałem przeciwotwór. Jama po wypuszczeniu ropy w ilości nie większej, niż pół łyżki stołowej, była bardzo głęboka. Nazajutrz chora czuła się dobrze, nie gorączkowała, tętno dobre, skarży się na ból głowy. Ból przy połykaniu mniejszy. W nocy z powodu duszności nie spała.

Dnia 22-go zdjąłem opatrunek. Rana oczyszcza się, ropienie umiarkowane. Twardość guza naokoło rany znaczna. Ból głowy mniejszy, połyka lepiej bez wielkiego bólu.

Dnia 24-go zmieniłem po raz drugi opatrunek. Ropienie bardzo umiarkowane, rana zmniejsza się. Guz zmniejszył się znacznie po stronie lewej, po prawej zaś dochodzi jeszcze do mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego i jest bardzo jeszcze twardy. Stan ogólny chorej dobry. Ból głowy bardzo mały, przy połykaniu żadnego już bólu niema. W nocy spała dobrze, duszności nie było.

Odtąd zmieniałem opatrunek co drugi dzień. Rana goiła się dobrze, guz zmniejszał się powoli, spoistość wracała do stanu prawidłowego, i dnia 15 stycznia 1897 roku rana była zagojona zupełnie, po prawej stronie szyi było jeszcze małe stwardnienie, które po kilku dniach znikło bez śladu.

Ropę, wypuszczoną z ropnia, natychmiast zaszczipiono na agarze i żelatynie, lecz z wynikiem ujemnym. Probówki z agarem i żelatyną pozostawały jałowe.

(D. n.).

Z POLIKLINIKI PROF. OPPENHEIM'a w BERLINIE.

Bezład dziedziczny czyli choroba Friedreich'a

(*Ataxia hereditaria s. morbus Friedreichi*).

Napisał

STANISŁAW KOPCZYŃSKI

ordynator kliniki terapeutycznej uniwersytetu warszawskiego.

(Dokończenie.—Zob. N. 3)

Jeżeli pogląd na istotę sprawy patologicznej choroby FRIEDREICH'a, jako na skombinowane cierpienie układowe (*Combinirte Systemerkrankung*), nie jest w stanie zupełnie nas zadowolnić, gdyż nie objaśnia wszystkich objawów klinicznych tej choroby, to jednak jest on znacznie bliższy prawdy, aniżeli

pogląd, wypowiedziany w r. 1894 przez SENATOR'a ⁴¹⁾, jakoby podstawą choroby FRIEDREICH'a był wrodzony zanik mózdzku, powodujący wtórne zwyrodnienie rdzenia kręgowego. SENATOR opierał się na dwóch badaniach pośmiertnych (MENZEL'a i AUSCHER'a), w których mózdzek istotnie w objętości swej był zmniejszony. Lecz przypadek MENZEL'a ⁴²⁾ bynajmniej nie przedstawiał objawów klinicznych typowej choroby FRIEDREICH'a, przypadek zaś AUSCHER'a jest jedynym z liczby 28 (patrz wyżej) pozostałych, w których mózdzek żadnych zboczeń od normy nie przedstawiał. W polemice, jaka z tego powodu wywiązała się pomiędzy SENATOR'em a SCHULTZEM, słusznie ten ostatni zaznaczał, że cierpienia mózdzku dają inne objawy kliniczne, a pochodzące ztąd zwyrodnienia wtórne rdzenia, jak tego dowiodły doświadczenia LUCIANI'ego i MARCHI'ego, przedstawiają się zupełnie inaczej, niż w chorobie FRIEDREICH'a.

W r. 1893 C. MARIE ⁴³⁾, opierając się przeważnie na przypadkach NONNE'go i FRASER'a, wyodrębnił pewną grupę przypadków, zbliżonych do choroby FRIEDREICH'a, ze względu na swoisty chód i na inne zaburzenia ruchowe, różniących się jednak kilkoma zasadniczymi cechami; jak np. występowanie dopiero po roku 20-ym lub 30-ym, wzmożenie odruchów kolanowych, zupełny brak oddziaływania ze strony źrenic tak na światło, jak na akomodację, zanik nerwu wzrokowego i zaburzenia czucia. Cierpieniu temu, w którym badanie anatomiczne wykazało tylko zmniejszenie całego układu nerwowego, a zwłaszcza mózdzku i rdzenia kręgowego, bez jakichkolwiek zmian degeneracyjnych, nadał on nazwę „*Héréd-ataxie cerebelleuse*“. GOWERS, (l. c.), uwzględniając pierwszego badacza tej choroby, zaproponował dla niej nazwę „typu NONNE-MARIE“. Rzeczywiście, w ostatnich czasach ogłoszono kilkanaście tego rodzaju przypadków, niektóre nawet z badaniem pośmiertnym (SPILLER) ⁴⁴⁾. Do nich zapewne zaliczyć wypadnie niektóre z wrzeczomych przypadków choroby FRIEDREICH'a, zwłaszcza te, w których odruchy kolanowe były wzmożone np. ERB'a, BROWN'a (l. c.). Czy jednak mamy prawo tak ściśle wyodrębniać te pokrewne choroby, o tem możnaby wątpić. Istnieje pomiędzy nimi cały szereg stopni przejściowych. Do takich pośrednich przypadków zaliczyć należy np. przypadek MENZEL'a (l. c.), gdzie obok znacznego zaniku mózdzku, rdzenia przedłużonego istniało skombinowane cierpienie układowe (*Combinirte Systemerkrankung*) rdzenia kręgowego. Dlatego też w zupełności można się zgodzić ze zdaniem LONDE'a ⁴⁵⁾, który dla obu cierpień, t. j. dla choroby FRIEDREICH'a i dla t. zw. *Héréd-ataxie cérébelleuse* proponuje jedną nazwę bezładu dziedzicznego i powiada, że w obu dotknięty jest układ mózdkowo-rdzeniowy, tylko że w pierwszym przeważnie występują objawy rdzeniowe, w drugim mózdkowe. Jeszcze dalej posuwa się kol. HIGIER ⁴⁷⁾, który cierpienie *Héréd-ataxie cérébelleuse* stawia po-

⁴¹⁾ Berliner klinische Wochenschrift. 1894. Nr. 28.

⁴²⁾ Beitrag zur Kenntniss der hereditären Ataxie und Kleinhirnatrophie. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1891. T. 22, str. 160. (Spis obfity odnośnych źródeł).

⁴³⁾ La Semaine Médicale. 1893. Nr. 56

⁴⁴⁾ NONNE. Ueber eine eigenthümliche familiäre Erkrankungsform des Centralnervensystems. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1891. str. 283.

⁴⁵⁾ SPILLER. Four cases of cerebellar disease (one autopsy) with reference to cerebellar hereditary ataxia. Oddbitka z „Brain“. Londyn 1897.

⁴⁶⁾ Revue neurologique. 1894. Nr. 18.

⁴⁷⁾ Ueber die seltenen Formen der hereditären und familiären Rückenmarkskrankheiten. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1897, str. 60. Podług odczytu wypowiedzianego w Warsz. Tow. Lek. 16. III. 1896.

środku pomiędzy chorobą FRIEDREICH'a a porażeniem obustronnem mózgowym (*diplegia cereбрalis*), a samą chorobę FRIEDREICH'a uważa za jedną z postaci dziedzicznego lub familijnego cierpienia układu nerwowego, ujawniającego się bądź jako bezład, bądź jako porażenie obustronne spastyczne, bądź wreszcie jak postępujący zanik mięśni.

Ponieważ dominującym objawem w chorobie FRIEDREICH'a jest bezład, chciałbym przeto wypowiedzieć kilka słów co do różnych poglądów na jego istotę i przyczynę. Objaw ten, tak często spotykany w więdzie rdzenia, oddawna już zaciekał klinicystów i w celu jego objaśnienia stworzono kilka teorii. Najbardziej na uwagę zasługują dwie, mianowicie LEYDEN'a i ERB'a. Pierwszy upatruje istotę bezładu w zaburzeniach czucia t. zw. *Sensibilitätstheorie*), drugi — w zaniku tych dróg koordynacyjnych, które od mózgu biegną odśrodkowo w pęczkach tylnych rdzenia kręgowego i warunkują prawidłowe współdziałanie odpowiednich mięśni. Ponieważ przypuszczenie tych dróg odśrodkowych, których ani drobnowidz nie wykazał, ani doświadczenie nie pozwoliło wyodrębnić, jest zbyt dowolne, teoria ERB'a liczy dziś bardzo niewiele zwolenników.

Przyjrzyjmy się rozumowaniu LEYDEN'a ⁴⁸⁾.

Bezład czyli ataksya, zdaniem jego, to ruch nieuporządkowany, zbaczający od normy pod względem kierunku, czasu i zużytej siły mięśniowej. Co do stopnia złożoności ruchów wogóle odróżniamy.

a) Ruchy proste, czyli synergie, jak np. zginanie i rozginanie stawu, gdzie jednocześnie działa pewna grupa zginaczy i rozginaczy. Do należytego wykonania tych, często bezwiednych ruchów, do właściwego stopnia napięcia odpowiednich antagonistów przyczynia się, oprócz wiekami odziedziczanej wprawy, szczególne ugrupowanie i uwarstwienie komórek ruchowych w szarej substancji przednich rogów rdzenia kręgowego (SINGER, GAD, REMAK);

b) Ruchy zamierzone czyli zrealizowanie wyobrażeń ruchowych. Tu wchodzi w grę często ogromna ilość różnorodnych mięśni o różnym stopniu inerwacji. Przy każdym z więcej złożonych ruchów, dajmy na to, podniesienie ręki i dotknięcie palcem nosa, co chwila następuje zmiana warunków; dzięki specjalnym nerwom, biegnącym od naprężonych mięśni, od błony maziowej stawów, wreszcie od skóry, jesteśmy co chwila powiadomieni o położeniu naszej kończyny i wskutek tego możemy odpowiednio zmieniać i regulować stopień inerwacji poszczególnych mięśni. Przy pewnej wprawie świadomość tej koordynacji maleje, a z czasem zupełnie nieknie. Oprócz wrażeń dotykowych do regulowania naszych ruchów przyczyniają się wrażenia wzrokowe i słuchowe, często również w sposób bezwiedny. Podścielisko anatomiczne tego faktu mamy w drogach łączących *tractus opticus* z odnogą mózgu (*pedunculus cerebri*) i nerw słuchowy z mózdzkiem. Stopień udziału innych czynników przy regulowaniu ruchów u pojedynczych osobników naturalnie waha się bardzo.

Odpowiednia inerwacja mięśni niezbędna jest nie tylko przy ruchach lecz i przy zachowaniu naszego ciała w spokoju, np. przy staniu, siedzeniu, trzymaniu w powietrzu podniesionej ręki i t. p. O ile w tych razach ujawnia się

⁴⁸⁾ Patrz LEYDEN i GOLDSCHIEDER, Die Erkrankungen des Rückenmarks und der Medulla oblongata, Wiedeń, 1897. str. 144 i nast.

niemożność zachowania równowagi, bezład, mówimy wtedy według wyrażenia FRIEDREICH'a o bezładzie statycznym (*ataxia statica*), w przeciwieństwie do opisanego wyżej bezładu ruchowego (*ataxia locomotoria*).

Oczywiście, że gdziekolwiek drogi, warunkujące koordynację naszych ruchów, ulegną przerwie, począwszy od obwodowych zakończeń nerwów czuciowych, a skończywszy na korze mózgowej, zawsze objawem klinicznym tej sprawy będzie bezład. Dlatego też rozróżniamy:

1) Bezład korowy, zależny od spraw patologicznych, zachodzących w korze mózgowej, prawdopodobnie w okolicy pasa ruchowego; pas ten zdaniem MUNK'a ściśle się zlewa z okolicą czuciową. Klinicznych i doświadczalnych spostrzeżeń nad bezładem korowym dostarczyły prace FRITSCH'a i HITZIG'a, NOTHNAGEL'a, SCHIFF'a, EULENBURG'a, LANDOIS i innych.

2) Bezład mózdkowy, znany oddawna, zwłaszcza dzięki pracom LUCIANI'ego. Chory, dotknięty bezładem mózdkowym, chodzi tak, jak gdyby był mocno pijany. Ponieważ z cierpieniem mózdku wikła się w tych razach zwykle albo zwyrodnienie pewnych dróg rdzenia kręgowego, albo też sprawy w mózgowiu, przeto czysty bezład mózdkowy zdarza się niezbyt często. Występuje on jedynie wtedy, gdy ulega sprawie patologicznej tylko robaczek mózdkowy (*vermis cerebelli*), jak tego dowiodły spostrzeżenia NOTHNAGEL'a.

3) Bezład opuszkowy w sprawach patologicznych w moście i w rdzeniu przedłużonym. Przypadki KAHLER'a i PICK'a, SENATOR'a, MEYER'a i innych wykazały, że zależał on od zajęcia pętli czuciowej (*lemniscus*) i *formatio reticularis*; drogi ruchowe przedstawiały się zupełnie normalnie.

4) Bezład rdzeniowy, jaki *par excellence* spotykamy w *tabes dorsalis*. Oczywiście, zdarzać się on może i w innych sprawach w rdzeniu, jak wieloogniskowe stwardnienie, guzy, zapalenie rdzenia lub jego ucisk, ogniska syfilityczne, zatrucie ergotyną, i t. d.; w pojedynczych przypadkach przedstawia szczególne cechy znamienne i różny stopień natężenia.

5) Bezład obwodowy, zależny od porażenia nerwów czuciowych obwodowych np. w t. zw. *neurotabes peripherica* DÉJÉRIN'a. Do tej grupy dołączyć można:

6) Bezład ostry (LAYDEN), występujący niekiedy w przebiegu chorób zakaźnych ostrych, jak błonica, tyfus, dyzenteria, ospa, odra, róża, zapalenie płuc, szkarlatyna i malarya. Niekiedy występuje on również w sposób ostry w zatruciu ołowiem, arsenikiem, alkoholem, niekiedy w charłactwie. LEYDEN rozróżnia tu dwie postaci: mózgową i obwodową. W pierwszej spotykamy przy braku najczęściej wszelkich zaburzeń ze strony czucia silny bezład we wszystkich kończynach, zaburzenia mowy i często zaburzenia psychiczne. W postaci drugiej występują znaczne zaburzenia tak przedmiotowe, jak podmiotowe (znieczulenie, nadczułość, parestezye), często niedowłady a niekiedy i znaczne zaburzenia psychiczne. Jako podścielisko anatomiczne tych objawów uważać należy zmiany zapalne w nerwach obwodowych.

Zapoznawszy się w sposób wprawdzie bardzo pobieżny ⁴⁹⁾ z tym wielce ciekawym objawem, postaramy się odpowiedzieć na postawione powyżej pytanie, jakie stanowisko zajmuje tu bezład, spotykany w chorobie FRIEDREICH'a. Nie tak łatwo jednak kwestyę tę rozwiązać. LEYDEN w swym wy-

⁴⁹⁾ Szczegóły patrz: Encyklopedia EULENBURG'a. 1894. T. II. „Ataxia”. PICK.

czerpującym szkicu o bezładzie, wspomina tylko tyle: „co się tyczy choroby FRIEDREICH'a, w której żadnych zaburzeń czucia tak dotykowego, jak i mięśniowego nie znajdujemy, to tu przyczyna bezładu jest inna“⁵⁰⁾). FRENKEL (l. c.) rzeka się również wszelkiego objaśnienia tego objawu. Nam się zdaje, że bezład, spotykany w chorobie FRIEDREICH'a, objaśnić będzie można temi dowodzeniami, jakich używano w celu zwalczania przeciwników teorii czuciowej bezładu. Rozpatrzmy przeto te zarzuty i sposoby, jakimi je usuwano. Najpoważniejszy zarzut stawiano ten, iż żadną miarą nie można objaśnić za pomocą teorii czuciowej przypadku NIEMEYER'a, w którym przy zupełnem znieczuleniu, uwarunkowanem, jak się okazało przy badaniu pośmiertnem, jamami, ciągnącemi się wzdłuż całego rdzenia w obrębie pęczków tylnych, brak było za życia jakichkolwiek objawów bezładu. Na to obrońcy teorii czuciowej odpowiadają, że w innych podobnych przypadkach zawsze stwierdzano bezład, a GOLDSCHIEDER dodaje, że wskutek zupełnego zniszczenia pęczków tylnych chory nie odbierał mylnych informacji o stanie swego aparatu ruchowego, gdyż nie odbierał ich wcale, i kto wie, czy tych braków w procesie koordynacji nie nauczył się on oddawna uzupełniać w inny sposób.

Również zarzucają teorii czuciowej, że nie objaśnia ona faktu, dlaczego po przecięciu tylnych korzeni rdzenia nie występują odpowiednie objawy bezładu ruchowego. Na to słusznie odpowiedzieć można, że zaburzenia w koordynacji ruchów, wywołanego na drodze doświadczalnej, żadną miarą nie można porównywać z bezładem klinicznym, rozwijającym się latami, gdzie zaburzenia w koordynacji, przy wielkiej zdolności układu nerwowego do działalności zastępczej, przez długi czas wyrównywać się mogą.

Dalej, na zarzut nieodpowiedniości stosunku stopnia zaburzeń czuciowych do stopnia bezładu przytoczyć można fakt, że różne osobniki w sposób bardzo różny, indywidualny, korzystają z pomocniczych narządów zmysłowych w celu kontrolowania swych ruchów koordynacyjnych. Dlatego też w niektórych przypadkach bardzo znacznego bezładu brak jakichkolwiek zaburzeń czucia. Wrodzona skłonność do tego rodzaju cierpienia, jak to np. ma miejsce w chorobie FRIEDREICH'a, odgrywa także niemałą rolę. Wreszcie, jak tego dowiódł FRENKEL dla wiadu⁵¹⁾), nasze zwykłe sposoby badania są zbyt grube do wykrycia subtelnych zmian czucia, zwłaszcza stawowego, a tam, gdzie przykładamy dużo uwagi i starania, zawsze pewne zboczenia od normy znaleźć możemy. To samo powiedzieć można o chorobie FRIEDREICH'a: pomimo iż większość autorów nie podaje żadnych zaburzeń czucia w spostrzeganych przez siebie przypadkach, a niektórzy wspominają o bardzo nieznaczących zaburzeniach czucia stawowego (patrz mój trzeci przypadek), możemy jednak wypowiedzieć zdanie, że przy drobiazgowej i subtelnej analizie poszczególnego przypadku z pewnością w wielu z nich wykrylibyśmy zboczenia od normy. Badania drobnowidzowe w przypadkach BONNUS'a i AUSCHER'a przypuszczenie to potwierdzają.

Zestawiając więc to, cośmy powiedzieli wyżej, w kwestyi istoty bezładu w chorobie FRIEDREICH'a możemy tak się streścić:

1) w myśl czuciowej teorii bezładu podstawą tego objawu w chorobie FRIEDREICH'a są również zaburzenia czucia, zwłaszcza stawowego;

⁵⁰⁾ LKYDEN i GOLDSCHIEDER, l. c. str. 156.

⁵¹⁾ FRENKEL. Ueber die Ursachen der Ataxie bei der Tabes dorsalis. Neurologisches Centralblatt 1897. Nr. 15 i 16. Referat w „Medycynie“ 1898. Nr. 42.

2) niespostrzeganie tych zaburzeń czucia w większości spostrzeganych przypadków zależy od niedostatecznej analizy tego objawu i od ograniczonej znanych nam klinicznych metod badania;

3) bezład w chorobie FRIEDREICH'a nosi charakter mózdkowo-rdzeniowy, gdyż obok zwyrodnienia pęczków tylnych spotykamy bardzo często zwyrodnienie dróg mózdkowych i pęczków GOWERS'a, z tych pierwsze, jak wiadomo, biegną wprost do „*vermis cerebelli*“.

Pozostaje nam jeszcze powiedzieć kilka słów o rokowaniu i leczeniu choroby FRIEDREICH'a.

Rokowanie w chorobie FRIEDREICH'a *quoad vitam* jest niezłe, gdyż trwa ona dość długo i sama przez się życiu bezpośrednio nie zagraża, *quoad valetudinem completam* niepomysłne, gdyż postępuje ciągle i nieubłagane prowadzi do śmierci.

Leczenie nasze wobec tego będzie polegało przedewszystkiem na oddaniu chorego pod należyty dozór, w celu zabezpieczenia go od upadku, stłuczeń, w późniejszym okresie — odleżyn i t. p. Młodych pacjentów będziemy się starali możliwie dobrze odżywiać, podając im równocześnie żelazo i arszenik. Bezład usiłowano zwalczać w ostatnich czasach ćwiczeniami gimnastycznymi, stosowanymi według metody FRENKEL'a, inni widzieli dobre skutki od masażu. Ponieważ choroba FRIEDREICH'a jest cierpieniem familijnem, należy przeto szczególną opiekę rozłożyć nad rodzeństwem chorego, zwłaszcza młodszem, i drogą różnych środków profilaktycznych starać się uodpornić ich ustrój przeciwko grożącemu im cierpieniu.

KILKA UWAG O LECZENIU DŁAWCA BŁONICZEGO.

Z powodu artykułu kolegi F. Arnsteina

„O użyciu leku wymiotnego po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w błonicy krtani.“

Podał

D. NISENSEN,

lekarz ambulatorium Szpitala Starozakonnych w Warszawie.

Należąc od chwili wprowadzenia surowicy przeciwbłoniczej do gorących jej zwolenników, miałem wielokrotnie sposobność potwierdzenia dobroczynnego wpływu tego środka na przebieg dławca błoniczego. Wprawdzie nie rozporządzam dokładną statystyką tych przypadków, które się kwalifikowały w mej praktyce do użycia surowicy przeciwbłoniczej, nie przesadzę jednakże, jeżeli powiem, że się kilkaset razy uciekałem do tego środka i w większości przypadków miewałem doskonałe wyniki. Zdarzyło mi się wprawdzie niekiedy zauważyć pogorszenie stanu chorego po zastrzyknięciu surowicy tak, że dochodziło nawet do tracheotomii. Liczba jednakże tych przypadków była stosunkowo nieznaczna, i kończyły się one zwykle pomyślnie. Z drugiej zaś strony zauważyłem niejednokrotnie, iż pogorszenie takie po użyciu surowicy bywa często tylko chwilowe i wrzekome. Przekonałem się bowiem, że ilekroć w takich przypadkach po zastosowaniu surowicy, za pomocą środka wymio-

tnego usuwałem nagromadzone w krtani rozpulchnione błony wrzekome, obraz choroby natychmiast się zmieniał. Słowem, postępując zgodnie z radą Sz. kolegi ARNSTEINA, mogłem zawsze w takich przypadkach zauważyć zniknięcie objawów zwężenia krtani, tak że grożący już zabieg chirurgiczny dał się ominąć. Przypadki moje dotyczą dzieci w wieku od roku do lat 9.

Zabieg ten stosuję już od roku 1896; postępowanie moje w leczeniu dławca błoniczego od tego czasu jest następujące. Przedewszystkiem wstrzykuję odpowiednią dawkę surowicy, stosownie do wieku dziecka, i wy czekuję 24 godziny. Jeśli po tym czasie nie ma polepszenia, wstrzykuję po raz drugi jedną lub dwie porcje surowicy i zostawiam choremu na wszelki wypadek roztwór siarczanu miedzi (*cupri sulfurici*) celem użycia go w razie wystąpienia silnej duszności, sinicy, wciągania klatki piersiowej, miotania się dziecka i t. p. Obok tego zwykle zalecam inhalacje z przeciwnilnego lub rozpuszczającego środka (*aqua calcis, acid. carbolici. 2%, ol. terebenthinae, natr. salicylicum 2%*). Co się zaś tyczy środków wewnętrznych, to uciekam się w razie potrzeby do zwykłych pobudzających: *liquor ammon. anis, camphora, coffeinum* i t. p. Ten sposób postępowania dawał mi takie wyniki, o jakich przed wprowadzeniem surowicy nigdy nie marzyłem. Uwagi moje opieram na licznych nateryale i na tej zasadzie zachęcam wraz z kolegą ARNSTEJNEM, kolegów do stosowania w podobnych przypadkach środków wymiotnych w dławcu, szczególnie w razie wystąpienia pogorszenia po użyciu surowicy przeciwbłoniczej. Pogorszenia w rodzaju upadku sił po zadaniu środka wymiotnego w takich przypadkach ani razu nie zauważyłem.

Nie przeceniam z zasady wartości lekarstw, gdyż często w przebiegu choroby następuje zwrot ku lepszemu bez określonej przyczyny, często jest nią odporność ustroju, siła epidemii, warunki higieniczne i t. p. Przekonałem się jednak, iż niejedno dziecko zostało ocalone tylko dzięki skombinowanemu leczeniu bez wyczekiwania na działanie samej surowicy.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

3. MARTIN. O wyłuszczeniu pochwy. W ostatnich czasach zaczęto większą zwracać uwagę na ważność i konieczność wyłuszczenia pochwy, dotkniętej rakiem, jako też przy wypadnięciu narzędzi rodnych.

I. Od czasu, gdy W. A. FREUND opisał swój sposób operacji dla raka macicy t. j. od 20 lat, zaczęto stosować w sposób racjonalny wyłuszczenie pochwy rakowatej. SCHROEDER pierwszy przedstawił tego rodzaju preparat w 1884 roku w Towarzystwie ginekologicznem w Berlinie.

Dwie drogi prowadziły do celu: droga od strony kości krzyżowej i od strony wejścia do pochwy. Według obecnych pojęć jest rzeczą ważną przy wszystkich operacjach raka starać się operować nie tylko w zdrowych tkankach, lecz zapobiegać również możliwości przeszczerpienia rakowatych cząstek na ranną powierzchnię. Zaletą właśnie drogi krzyżowej jest obszerna przestrzeń dla operacji. Jednakże tą drogą operuje tylko niewielu chirurgów; FRITSOH usprawiedliwia ją przy wysoko umieszczonym raku pochwy. MARTIN woli operować od strony pochwy. Pierwszy OLSHAUSEN podał sposób całkowitego wyłuszczenia rakowatej pochwy. Według niego należy pochwę, po poprzecznem rozłupaniu krocza, od-

dzielić na tępo od kiszki aż do jamy DOUGLAS'a. Po otwarciu jamy otrzewny udaje się macicę, wywróconą ku tyłowi, uwolnić od więzadeł i wreszcie odluszczyć przednią powierzchnię pochwy. Liczba operowanych jednakże w ten sposób przypadków tylko zwolna wzrastała. MARTIN podaje swój sposób operowania raka pochwy i macicy, który różni się od dotychczas przyjętych sposobów. Przypadek jego dotyczył 46 letniej kobiety, która raz jeden rodziła. Na $1\frac{1}{4}$ ctm. ponad wejściem do pochwy zaczynało się nacieczenie rakowate. Zaledwie z trudem dochodziło się do części pochwowej macicy po przez wąski krater z rozpadłemi ścianami; zrostów z kiszką stolcową nie było, jak również w tkance okołopochwowej nie było nacieczonych gruczołów.

Poprowadzono cięcie koliste odpowiednio do pierścienia z resztek błony dziewiczej w odległości 1 ctm. od ujścia zewnętrznego cewki. Najprzód otworzono *septum recto* — *vaginale*, następnie uchwyciwszy za rąbek jeszcze zdrowej tylnej ściany pochwy i unosząc go ku górze, udało się odpowiednią ścianę pochwy oddzielić od kiszki stolcowej na tępo, bez wprowadzenia palca lub narzędzia do pochwy. Po otwarciu jamy DOUGLAS'a połączono za pomocą sześciu nitok katgutowych tylny brzeg rany otrzewny z tylnym brzegiem rany w wejściu do pochwy. Oddzieliwszy następnie przednią ścianę pochwy od cewki i pęcherza i odsunawszy ten ostatni od szyi macicy, otworzono przednią fałdę otrzewny i połączono brzeg otrzewny z przednim brzegiem błony śluzowej pochwy. Macicę uwolniono od więzadeł szerokich przez uprzednie ich obklucie z obu stron. Po wyjęciu macicy i pochwy powstały lejek był wokoło otoczony otrzewną, światło jego było tak wąskie, że ani kiszka, ani sieć wypaść nie mogły. W końcu kilkoma szwami zaszyto srom: na miejscu wejścia do pochwy pozostało małe zagłębienie. Dwudziestego dnia chora wypisana zdrową.

MARTIN zachwala ten sposób operowania, przytaczając jego zalety: 1) chora powierzchnia podczas operacji nie była dotykana i z raną nie była w zetknięciu; 2) lejek był pokryty wokoło zdrową otrzewną; 3) zagojenie się rany przez zetknięcie dwóch powierzchni otrzewnowych jest dużą zaletą w porównaniu z gojeniem się rany przez ropienie, co zwłaszcza w złośliwych sprawach nie jest rzeczą obojętną.

II. Wyluszczenia wypadniętej pochwy wraz z wypadniętą macicą dokonał pierwszy CHOPIN. W ostatnich czasach w ciężkich przypadkach całkowitych wypadnięć pochwy co raz częściej przystępują do wyluszczenia całej pochwy. W tych trudnych przypadkach wszystkie praktykowane plastyczne operacje, jak również przyszycie macicy do ściany brzusznej lub jej wyluszczenie nie dały zupełnie zadowalających wyników.

Przed dwoma laty MUELLER proponował wyluszczać pochwę a starczą macicę zostawić. Projekt ten jednakże należy, według MARTIN'a, w zasadzie odrzucić, ponieważ uwiądowa macica również może ulegać cierpieniom. FREUND proponował szew kapciuchowy pochwy.

Pierwszy przypadek całkowitego wyluszczenia wypadniętej pochwy i macicy operował MARTIN w 1894 roku. Dotyczył on 48 letniej kobiety z wypadniętą wielkości pięści macicą. Postępuje on w ten sposób, że chwyta kulociągami część pochwową macicy, napina ją i robi koliste cięcie na miejscu dawnego pierścienia z resztek błony dziewiczej na $\frac{1}{2}$ ctm. od ujścia zewnętrznego cewki. Stare blizny kroczą przecina poprzecznie w okolicy dawnego spoidła tylnego. Odciągnawszy następnie macicę ku górze, prowadzi pionowecięcie przez tylne skłębienie i otwiera jamę DOUGLAS'a. Po jej otwarciu rozpoznaje położenie wywróconej przedniej ścianki kiszki i ustala na niej granice otrzewny. Następnie oddziela tylną ścianę pochwy

aż do zewnętrznego cięcia i przeprowadza szwy od strony skóry przez cięcie kolistę aż do otrzewny jamy DOUGLAS'a. Po zawiązaniu szwów, których zwykle nakłada po 3 z każdej strony, przecina wszystkie tkanki, znajdujące się pomiędzy nimi: pochwę, otrzewną i wszystko, co było między nimi. Powierzchnia rany jest pokryta otrzewną i nie krwawi. Następnie otwiera jamę otrzewny od przodu. I tu również 3—4 szwów wystarcza do pokrycia rany otrzewną. Następnie przechodzi do oddzielenia pochwy z boków. Udać się dość łatwo uchwycić w szew podstawę więzadła szerokiego razem z brzegiem kolistego cięcia i w ten sposób zabezpieczyć się przy przecinaniu tkanki od krwawienia z tętnicy macicznej. Po uwolnieniu podstawy więzadła szerokiego górna jego część napina się łatwo przy ustawieniu bokiem macicy. W podobny sposób podwiązujemy jajowód, jajnik, *lig. ovarico — pelvicum* najprzód z jednej, później z drugiej strony. Powstały po wyłuszczeniu macicy i pochwy lejek jest pokryty otrzewną i nie krwawi. Wskutek kurczenia się szypuły więzadła szerokiego brzeg sromu jest głęboko wciągnięty. Cały otwór jest tak zwężony, że pętle kiszek wypadać nie mogą. Srom zamyka się 4—5 szwami, poczynsz od spoidła tylnego ku cewce, przez co powierzchnie otrzewny z obu stron na szerokiej przestrzeni do siebie przylegają.

MARTIN z bezpośredniego wyniku operacji był zupełnie zadowolony, nie tyle jednak z trwałego wyleczenia. Operowana w 1894 roku była zupełnie zdrowa przez dwa lata, później jednak nastąpiło wypadnięcie wielkości połowy jaja kurzego. Jednakże wtedy pozostawiał autor rąbek pochwy na 2½ ctm. szeroki; od tego czasu wyłuszcza całą pochwę. Z trzech operowanych przed rokiem miał możność zbadać dwie: blizna pochwy zupełnie prawidłowo zachowała się w obu przypadkach.

(*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 40—41, 1898). Fr. Stepkowski.

4. F. EHRLICH. Zwężenie przełyku w następstwie błonicy szkarlatynowej.

Wyleczenie. Przypadek zwężenia przełyku, podany przez autora, ciekawy jest ze względu na etiologię, jak również i ze sposobu traktowania sprawy chorobowej. Chłopak 5-letni przed dwoma laty zapadł na szkarlatynę z błonicą, przyczem w gardzieli i na migdałkach były bardzo głębokie owrzodzenia. Przedtem chłopiec nigdy na nic nie chorował, przymiotu nie przechodził; wypadku z połknięciem żrących płynów nie było. Bezpośredni następstwem błonicy szkarlatynowej były wymioty, zjawiające się wkrótce po przyjęciu każdego, stałego, nawet w najmniejszych ilościach podawanego pokarmu. Płynny chory mógł zatrzymywać. Dziecko czuje ciągły głód i, pomimo doskonałego łaknienia, wygląda bardzo mizernie.

Badanie narządów wewnętrznych i wydzielin nic godnego uwagi nie wykazało. Po spożyciu pokarmów oddech staje się ciężkim, charczącym i po upływie minuty pokarm bywa wyrzucany napowrót, niezmienny z domieszką śliny i śluzu. Przy badaniu za pomocą zgłębnika oliwka jego napotyka niezwalczoną przeszkodę w odległości 18—20 ctm. od siekaczy. Wobec powyższych objawów autor rozpoznał bliznowate zwężenie przełyku i, w braku innych przyczynowych momentów, zwężenie to stawia w zależności od błoniczych owrzodzeń w przełyku w następstwie szkarlatyny. Ponieważ najcieńszy zgłębnik nie mógł przejść przez przeszkodę, rozszerzenie zaś za pomocą oesophagoskopu przedstawiało niebezpieczeństwo przedziurawienia przełyku, dokonano gastrostomii; utworzono przetokę WITZEL'a, aby próbować sondowania ze strony żołądka. Po powyższej operacji chory zapadł na ostre zapalenie nerek, i dopiero po wyzdrowieniu rozpoczęto próbę sondowania. Wyniki tych prób były nie świetne, bo tylko raz udało się autorowi pozornie przejść przez przeszkodę za pomocą zgłębnika grubości 10 mm., do jamy ustnej jednakże zgłębnika przeprowadzić nie zdołał. Fakt ten nasuwał przypuszczenie uchyłka przełyku nad miejscem zwężenia. Następnie również tylko raz po długich

próbach autor zdołał wprowadzić od przetoki ku górze do jamy ustnej oesophagoskop, następne już jednak próby były bezowocne. Po takich niefortunnych zabiegach leczniczych, autor udał się z chorym do d-ra ROSENHEIM'a. Ten ostatni zalecił najpierw polykanie małych srebrnych kuleczek z pozostawianiem ich w przełyku nad zwężeniem na kilka godzin. Ale i te zabiegi nie sprowadziły polepszenia, bo ani jedna kuleczka nie zdołała przejść przez przeszkodę. Następnie próbował ROSENHEIM pod chloroformem przez przetokę wprowadzić oesophagoskop; wynikiem tej próby było tylko to, że, chociaż narzędzie przez przeszkodę nie przeszło, ale można było dojrzeć szparę szerokości 1--2 mm. bez światła, utworzoną przez zaczerwioną błonę śluzową; przez tę szparę udało się jednakże przepchnąć cienką spiralną sondę. Następne zabiegi polegały na tem, że próbowano wprowadzać coraz to grubsze zgłębniki i laseczki z *laminaria digitata*, przyczem ostatnie były pozostawiane w przełyku na czas dłuższy. Wynikiem tych zabiegów było stopniowe rozszerzenie zwężonego przełyku do 12 mm. szerokości, chory przestał zwracać pokarmy i zaczął się odżywiać prawidłowo przez jamę ustną. Wtedy przetokę WITZEL'a zaszyto. Po upływie krótkiego czasu choremu przybyło 10 funtów. Przypadek ten poucza, że oesophagoscopia przez przetokę żołądkową ku górze może być wykonana i nie jest męczącą i bolesną operacją, wprowadzenie zaś oesophagoscopu przez jamę ustną jest bardzo nieprzyjemnym, męczącym i u dzieci wprost niebezpiecznym rękoczynem, bo zachodzi obawa uduszenia chorego.

(*Berliner Klinische Wochenschrift*, Nr. 42. 1898).

S. Bronowski.

5 E. HAGENBACH-BURCKHARDT. O zapaleniu otrzewny, wywołanem przez *diplococcus*. *Pneumococcus* FRAENKEL'a wywołuje, jak wiadomo, włóknikowe i nieżytowe zapalenie płuc; doświadczenia, dokonane na zwierzętach, przekonały, że pasorzyt ten ma także własność wywoływania różnego rodzaju spraw zapalnych, szczególnie ropnych na błonach śluzowych i surowiczych.

U dzieci ropne zapalenie otrzewny, wywołane przez pneumokoka, bywa zwykle pierwotne, u osób starszych może być także i wtórne. Według COMBY'ego cierpienie to zjawia się w następstwie zapalenia płuc; ósmego zwykle dnia, gdy ciepłota spada, zjawia się wysięk w jamie brzusznej, objętość której zwiększa się z dniem każdym. Daje to zwykle powód do fałszywego rozpoznania puchliny brzusznej, gruźliczego zapalenia otrzewny, zapalenia wyrostka robaczkowego i t. p. W przypadkach pomyślnych wysięk ulega zupełnemu wessaniu; w przeciwnym razie pozostaje zawarty w komorach, utworzonych przez zrosty, i choroba przechodzi w stan przewlekły; może też wysięk utorować sobie drogę na zewnątrz przez pępek lub pęcherz moczowy. Przewagę tego rodzaju przypadków zapalenia otrzewny u dziewcząt (na 11 przypadków — 3 u chłopców) BRUNS tłumaczy zakażeniem przez narządy płciowe; swoje przypuszczenia opiera on na zajęciu przez zapalenie otrzewny dołu biodrowego i małej miednicy.

Autor podaje dwa ciekawe przypadki tego rodzaju. W jednym z nich chora, 6 lat licząca, wstąpiła do szpitala z objawami wyniszczenia, wzdęcia i nadmiernej wrażliwości brzucha; w płucach dźwięczne rżenia; w moczu białko i diazoreakcja. Przy laparotomii znaleziono ropień ograniczony pomiędzy przednią ścianą brzucha i wielką siecią; przy badaniu bakteriologicznem ropy znaleziono pneumokoki FRAENKEL'a. O wiele ciekawszy jest drugi przypadek u dziewczynki dwuletniej, gdzie zrobione było rozpoznanie *osteomyelitis suppurativa* lewego uda. Przy operacji zauważono, że ropa znajduje się pod *fascia lata*; przy dalszem badaniu po rozcięciu *fasciae latae* okazało się, że ropa wychodziła z jamy brzusznej; i w tym przypadku znaleziono pneumokoki. Przypadki te przypominają także, podawane przez COMBY'ego, z tą jednak różnicą, że w płucach żadnych zmian cha-

rakterystycznych dla zapalenia płuc, nie znaleziono. Ciekawe są one nie tylko ze względu na trafne rozpoznanie, ale i ze względu na rokowanie: wogóle powiedzieć można, że zapalenie otrzewny, wywołane przez pneumokoki FRAENKEL'a, zwykle znacznie lepsze daje rokowanie, aniżeli wszelkie inne.

(Correspond.-Blat. f. Schweiz. Aerzte Nr. 19. 1898). Z. Steinkalk.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny wychowawczej z dnia 14 stycznia 1899 r.

TREŚĆ. 1) Memoriał w sprawie szkół elementarnych w Warszawie. 2) Kwestya rozdawnictwa książeczek z zakresu higieny szkolnej.

1) Wskutek nawału nastęrczającej się pracy, memoriał będzie przedstawiony dopiero na jednym z następnych posiedzeń. Do komisji w tej sprawie (kol. KORNIZOWICZ, NUSSBAUM, POLAK, pp. DRZEWIECKI i GROSSGLIK) postanowiono zaprosić jeszcze pp. ŚLASKIEGO i SZYLLERA.

Kol. POLAK twierdzi stanowczo, że jedynym uregulowaniem sprawy szkół początkowych byłaby budowa własnych gmachów.

P. GROSSGLIK na zasadzie wyczerpujących danych cyfrowych wywodzi, że taka budowa własnych gmachów nie obciążyłaby budżetu miejskiego, a nawet przedstawiałaby dla miasta dobry interes.

2) Kol. DOLIŃSKI odczytał referat w sprawie wydawnictwa popularnego podręcznika z zakresu higieny i dyetetyki wychowawczej, wskazując wybitniejsze prace w tym względzie u nas, poczynając od XV wieku. Ponieważ taki podręcznik obejmuje zakres szerszy, niż projektowany na pierwszym posiedzeniu regulamin, postanowiono więc najprzód zająć się tym ostatnim, a następnie pomyśleć o układzie podręcznika.

Kol. DOLIŃSKI podejmuje się napisać ów projektowany regulamin, mający się składać z czterech działów: 1) Porządek, 2) powietrze, 3) ogrzewanie i 4) światło w szkole. Co zaś do podręcznika, to specjalna komisja ma opracować właściwy szemat podług danych z wydawnictw polskich, niemieckich i angielskich.

Posiedzenie wydziału szpitali i przytułków z dnia 20 stycznia 1899 r.

TREŚĆ: Odczyt d-ra T. DUNINA — O sanatoryach dla suchotników.

Kol. DUNIN przedstawił naprzód pewną ilość cyfr, wykazujących, jak straszne zniszczenie szerzy gruźlica. Śmiertelność z gruźlicy waha się między 70 (Peszt) na 10000 ludności i 24 (Londyn). Warszawa zajmuje stanowisko pośrednie: 31 na 10000 (według wykazu z 1896 r.). Chorych zaś na suchoty jest w Warszawie 14,000 osób, z nich 8000 biednych. W całym Królestwie żyje dwieście kilkadziesiąt tysięcy suchotników. Cyfry te są wobec niedokładności istniejącego materiału statystycznego zaledwie przybliżone, rzeczywistość jest o wiele gorsza, a tem samem konieczność podjęcia walki z gruźlicą tem pilniejsza. Od czasu BREHMER'a wszyscy zgadzają się, że walka ta jest możliwa, bo gruźlica jest uleczalna. BREHMER za główny czynnik leczniczy uważał górskie powietrze. DETTWEILER pogląd ten rozszerzył, dowodząc, że nie tyle o górskie, ile o czyste świeże powietrze tu chodzi.

Od czasów DETTWEILER'a sprawa sanatoryów weszła na porządek dzienny, zwłaszcza w Europie zachodniej, gdzie ruch na tem polu jest dość żywy. W Niem-

czek początek dał Frankfurt. Pierwsze, wprawdzie małe, sanatorium założono w Falkenstein. Od tego czasu zaczął się w Niemczech wielki ruch, zwłaszcza dzięki GEBHARDT'owi, dyrektorowi ubezpieczeń w Bremie. Ten postawił sprawę na gruncie praktyczno-finansowym: zamiast wypłacać znaczne renty dożywotnie suchotnikom, korzystniej jest chorych leczyć. Praktyka potwierdziła słuszność przypuszczeń GEBHARDT'a, co zachęciło wiele kas chorych (Krankenkassen) do wysyłania swych członków do sanatoriów. Ruch wogóle w tym kierunku jest w Niemczech bardzo żywy. Ujemną stronę stanowi okoliczność, że dotychczas korzystają z sanatoriów mężczyźni tylko.

Co się tyczy środków pieniężnych, to dotychczas sanatoria powstają przeważnie z funduszków publicznych, gmin, stowarzyszeń i t. d. Lecz i inicjatywa prywatna współdziała. W ten sposób koło Berlina powstały dwa sanatoria. Wreszcie w Berlinie utworzyło się pod przewodnictwem LEYDEN'a towarzystwo w celu budowania sanatoriów dla suchotników z klasy średniej.

W Austrii ruch w tej sprawie jest mniejszy. Wprawdzie istnieje w Wiedniu towarzystwo budowania sanatoriów pod przewodnictwem prof. SCHROETTER'a, a nawet urządzono jedno sanatorium pod Badenem wprost ze zbytkiem — lecz dalej sprawa się nie posunęła.

Najlepiej sprawa stoi w Szwajcaryi. Tu za inicjatywą pastora Billon'a powstało oddzielne towarzystwo, specjalna kasa, a obecnie prawie każdy kanton posiada swoje sanatoria, które powstają kosztem i osób prywatnych (Bazyleja) i funduszków gmin, stowarzyszeń.

Gorzej sprawa stoi we Francyi, gdzie, przynajmniej dla suchotników dorosłych, nic prawie nie zrobiono. Natomiast istnieją tu od dość dawna sanatoria dla dzieci gruźliczych.

W Państwie Rosyjskiem sanatoria istnieją jedynie w Finlandii, w Halili, a mianowicie: 1) na 30 łóżek, 2) dla panien pochodzenia szlacheckiego, założone z polecenia cesarza Aleksandra III, 3) wreszcie dla wojskowych.

W Anglii wszystko, cokolwiek zrobiono w tej sprawie, uczyniła inicjatywa prywatna. Pierwsze sanatorium założono już w 1841 r. W Londynie są 4 zakłady, lecz nie są to sanatoria, a raczej szpitale, zresztą znakomicie urządzone, dla chorych piersiowych. Bardziej zbliża się do typu sanatorium zakład na wyspie Wight.

U nas może pierwiej, niż gdzieindziej, myślano o tej sprawie: dowodem tego jest istniejący od dawna zakład w Mieni, lecz zakład ten utracił charakter sanatorium. Obecnie posiadamy jedno tylko sanatorium w Otwocku, lecz z zakładu tego mogą korzystać tylko ludzie zamożni.

Przechódząc dalej do pytania, kto ma budować sanatoria, kol. DUNIN zaznacza, że różne czynniki współdziałać tu winny: inicjatywa prywatna, miasta, kasy, gminy, fabryki, stowarzyszenia, wreszcie państwo, bo sanatoria winny być nie instytucją filantropijną, lecz społeczną.

Na pytanie, gdzie należy budować sanatoria, odpowiedzieć można: wszędzie, gdzie jest świeże, czyste powietrze. To jest główny warunek — resztę stanowi wewnętrzne urządzenie zakładu. Sanatorium winno zadość czynić warunkom, jakich wymagamy od dobrego szpitala. Powietrze winno być należycie oczyszczane, sypialnie mają być oddzielne, wreszcie szczególnie uwzględnić należy sale do leżenia (Liegehallen). Również silny nacisk położyć należy na odżywianie chorych.

Do takich sanatoriów kwalifikują się suchotnicy, którzy są uleczalni. Dla ciężko chorych potrzebne są przytulki.

I u nas sprawa sanatoriów jest już na porządku dziennym. Istnieje przy Radzie Miejskiej specjalna komisya, na której życzenie kol. DUNIN wspólnie z budo-

wniczym Lilpopem opracował projekt sanatorium na 160 chorych. Koszta budowy mają wynosić około 300,000 rb. Autorzy wybrali system pawilonowy. Szczegółów samego projektu nie podajemy, wobec tego iż odczyt d-ra T. DUNINA będzie wydrukowany w jednym z najbliższych zeszytów „Odczytów klinicznych”.

W dyskusyi (SOKOŁOWSKI, DOBRZYCKI, POLAK, prof. BARANOWSKI, S. STERLING) proponują zebranie materiału statystycznego odnośnie do suchot, albowiem materiały ten wykaże konieczność zakładania sanatoriów w jeszcze bardziej rażącym świetle. Pracy tej podejmują się: SOKOŁOWSKI, DOBRZYCKI i POLAK.

Następnie dotknięto pytania, z jakich funduszków zakładać sanatoria. CHEŁCHOWSKI projektuje skorzystać ze szpitala w Mieni. DOBRZYCKI proponuje myśl tę wyzyskać w ten sposób, aby skorzystać z obszernego terytorium w Mieni, zupełnie odpowiedniego na sanatorium i tam pobudować zakład. DUNIN uważa za niemożliwe przebudowywanie szpitala w Mieni, sanatorium od razu należy pobudować według wszelkich wymagań. Prof. BARANOWSKI sądzi, że należałoby zaczerpnąć z ogólnych funduszków szpitalnych. SOKOŁOWSKI twierdzi, że najwłaściwszą drogą jest tu inicjatywa prywatna. Należy zwrócić się tylko do społeczeństwa, a będą odpowiednie fundusze. Wreszcie ofiaruje sam na ten cel 1000 rs. DUNIN popiera myśl ostatnią. Zresztą sądzi, że można korzystać z różnych źródeł: inicjatywa prywatna, fundusze gmin (żydowskiej, ewangelickiej) i t. d. Na tenże cel sam ofiaruje 1000 rb.

W końcu Z. KRAMSZTYK formułuje następujący wniosek: Wydział szpitali i przytułków żąda, aby Rada Towarzystwa Higienicznego wyjednała pozwolenie u odnośnych władz na zbieranie środków finansowych i utworzenie sanatorium dla suchotników. Po otrzymaniu odpowiedniego pozwolenia, wydział szpitali i przytułków starania te bierze na siebie. Wniosek ten został jednomyślnie przyjęty.

M.

ODCINEK.

O KONIECZNOŚCI SANITARNEGO PRAWODAWSTWA DLA MIEJSCOWOŚCI LECZNICZYCH.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 3).

Szkic projektu do sanitarnego prawodawstwa, mającego obowiązywać miejscowości lecznicze.

Zasady ogólne.

§ 1.

Każda miejscowość, do której się zjeżdżają chorzy na kuracje, powinna posiadać stałego lekarza, t. j. lekarza, na miejscu mieszkającego, lub też przynajmniej lekarza, codziennie też miejscowość odwiedzającego.

§ 2.

Każda miejscowość, czy to zdrojowa, czy kąpielowa, czy też klimatyczna, powinna posiadać dokładną analizę chemiczną wszystkich swych środków leczniczych. Analiza ta, powinna być w odstępach czasu, przez prawo oznaczonych, na nowo dokonywana.

Miejscowości klimatyczne powinny prowadzić spostrzeżenia meteorologiczne, lub przynajmniej winny podawać ogólną charakterystykę klimatyczną swej miejscowości wedle specjalnej instrukcji, jaka im będzie udzielona.

§ 3.

Każda miejscowość lecznicza powinna się starać o to, aby w jej obrębie znajdował się zakład leczniczy, t. j. instytucja, która, odpowiadając wymaganiom współczesnej nauki, mogłaby służyć za wzór dla otoczenia pod względem urządzeń higienicznych i prawidłowego leczenia w zastosowaniu do środków, jakimi dana miejscowość lecznicza rozporządza.

§ 4.

W każdej miejscowości leczniczej powinien się znajdować aparat dezynfekcyjny najlepszej konstrukcji, aby w razie zawleczenia jakiejś zaraźliwej choroby była możliwość natychmiastowego zdezynfekowania mieszkania, gdzie przebywał lub umarł zaraźliwy chory, oraz możliwość zdezynfekowania rzeczy, sprzętów i t. d., które były przez niego używane.

UWAGA. W miejscowościach, liczniej uczęszczanych, winna się znajdować bez zawodu funkcjonująca kamera dezynfekcyjna.

§ 5.

Jeżeli w danej miejscowości leczniczej nie ma stałego lekarza, lub też nie istnieje dokładna analiza środków leczniczych, w miejscowości tej stosowanych, lub też nie ma zakładu leczniczego, to o tem w ogłoszeniach sezonowych winno być kategorycznie i wyraźnie powiedziane, mianowicie że: lekarza stałego na miejscu niema, analiza środków leczniczych nie została zrobiona, zakładu leczniczego niema.

UWAGA. Sumienny lekarz nie pośle poważnie chorego tam, gdzie nie ma stałej opieki lekarskiej, gdzie skład chemiczny środków leczniczych jest niewiadomy, i gdzie nie ma zakładu leczniczego, który w razie pogorszenia się stanu zdrowia jego pacjenta, zapewniłby mu pomoc, jakiej dom prywatny zapewnić nie może.

§ 6.

Miejscowości, które: 1) posiadają stałą i dostateczną pomoc lekarską; 2) posiadają dokładną analizę swych środków leczniczych, 3) mają w swym obrębie zakład leczniczy, wedle wymagań współczesnej nauki urządzony, i 4) istnieją przynajmniej lat 10, dając tem dowód, że mają rację bytu, powinny być uznane za instytucje użyteczności publicznej i korzystać z ich przywilejów. Do wszystkich zaś miejscowości, gdzie są zdrojowiska, o których użyteczności analiza chemiczna i doświadczenie kliniczne przekonało, powinno być stosowane prawo ochrony, celem zabezpieczenia ich od niezdrowej konkurencji, mogącej na też źródła oddziaływać niekorzystnie pod względem ich wydajności lub składu chemicznego.

§ 7.

Gdzie tylko warunki miejscowe pozwolą, w każdym uzdrowisku powinno się znajdować biuro informacyjne, w któremby osoby przyjeżdżające mogły zasięgnąć wszelkich informacji o tem wszystkim, co ma związek z leczeniem i pobytem ich w danej miejscowości, a mianowicie: o liczbie wolnych mieszkań, ich cenach oraz topograficzem położeniu, (do którego to celu odrębna mapa miejscowości byłaby bardzo pożądana) i t. d. W uzdrowiskach, w których istnieje zakład leczniczy,

kancelarya zakładu jest zarazem biurem informacyjnym; gdzie nie ma zakładu, jeden z lekarzy lub osoba, przez niego upoważniona, udziela interesowanym żądanych objaśnień. We wszystkich podobnych biurach lub kantorach informacyjnych powinny się znajdować szczegółowe cenniki, przez władzę zatwierdzone, a nadto przed takim kantorem winien być znak z napisem: k a n t o r i n f o r m a c y j n y, o istnieniu którego winna być podana wiadomość w ogłoszeniach przedsezonowych.

Organizacja i zadanie komitetu opieki nad chorymi.

§ 8.

W każdej miejscowości leczniczej, czyli w każdym uzdrowisku, do którego zjeżdżają się chorzy dla prowadzenia kuracji, ustanawia się komitet opieki nad chorymi, którego zadaniem jest:

- a) czuwanie nad tem, aby w danem uzdrowisku nie było wykroczeń przeciw higienie, i
- b) rozciągnięcie opieki nad leczącymi się.

§ 9.

Komitet opieki składa się:

- a) z lekarzy, daną miejscowość zamieszkujących, i lekarzy, tamże na sezon przyjeżdżających,
- b) z takiejże liczby, ilu jest lekarzy, miejscowych obywateli, dobrej opinii używających,
- c) z miejscowego aptekarza i
- d) przedstawiciela władzy policyjnej.

Komitet powinien się utworzyć nawet w tych uzdrowiskach, w których na miejscu jest jeden tylko lekarz; a w takim razie lekarz ten dobiera sobie dwóch lub więcej miejscowych mieszkańców, bądź to z właścicieli domów, bądź z innych osób, dobrą opinią się cieszących.

§ 10.

W uzdrowiskach, gdzie jest zakład leczniczy, lekarz zakładu jest przewodniczącym w komitecie opieki; gdzie nie ma zakładu, lekarz, najdawniej w danem miejscu praktykujący; gdzie jest jeden tylko lekarz, tam on przewodniczy komitetowi. W razie choroby lub nieobecności przewodniczącego, zastępuje go najstarszy wiekiem lekarz, lub, gdzie jest jeden tylko lekarz, najstarszy członek komitetu. Komitet wybiera z pośród siebie sekretarza, który prowadzi protokoły posiedzeń, notując w głównych zarysach treść dyskusji i postanowienia komitetu. Decyzja zapada większością głosów; w razie ich równości, głos przewodniczącego przeważa.

§ 11.

Komitet opieki zbiera się w dniach stałych, raz na tydzień, lub przynajmniej raz na dwa tygodnie, a to stosownie do uznania członków komitetu. W razach ważnych, niecierpiących zwłoki, przewodniczący lub jego zastępca może każdego czasu zwołać komitet, a w takim razie w protokole posiedzenia powinny być przytoczone motywy, które do zwołania posiedzenia nadzwyczajnego skłoniły.

Posiedzenie jest ważne, gdy w niem uczestniczy przewodniczący lub jego zastępca, sekretarz komitetu i jeden z członków komitetu.

§ 12.

Przedstawiciel władzy policyjnej jest członkiem komitetu z urzędu. Jednakże obecność jego na posiedzeniu nie jest konieczna, gdyż zmuszony do częstych wyjazdów z powodu spraw służbowych z miejsca stałego zamieszkania, mógłby krę-

poważ terminową działalność komitetu; odbyte więc i bez jego udziału posiedzenie i zapadłe uchwały muszą być uznane za ważne i prawomocne.

Głównem zadaniem przedstawiciela władzy policyjnej jest wykonywanie postanowień komitetu. Jest on zatem władzą wykonawczą w granicach, prawem określonych, i może albo 1) bezpośrednio wykonywać uchwały komitetu, albo 2) działać z mocy wyroków miejscowych władz sądowych.

§ 13.

Tam, gdzie jest zakład leczniczy, komitet zbiera się w kancelaryi zakładu; gdzie zakładu nie ma, w pomieszczeniu jednego z urzędów lub też w mieszkaniu któregoś z lekarzy, przy aptece, w domu u jednego z miejscowych mieszkańców, i t. d., słowem w miejscu, na którego wybór ogólna zgoda nastąpiła.

§ 14.

Komitet działa wedle instrukcyi, przez władzę zatwierdzonej, na podstawie paragrafów, ściśle jego czynności określających. Postanowienia jego są prawomocne i przez odnośne organy wykonawcze winny być w życie wprowadzane. Czynności komitetu opieki w najogólniejszych zarysach dadzą się przedstawić w sposób następujący:

1) Rewizya mieszkań przed rozpoczęciem sezonu i wydawanie świadectw właścicielom domów wedle przyjętej formy, że mieszkania, na użytek chorych przeznaczone, odpowiadają wymaganiom higieny.

2) Kontrola nad restauracyami i produktami spożywczymi.

3) Kontrola nad studniami, miejscami ustępowemi, miejscami, na zabawy przeznaczonemi i t. d.

4) Objaśnianie właścicieli mieszkań, jak się wykonywa dezynfekcja, jak się unieszkodliwia plwocinę, jakie winny być spluwaczki, jakie ostrożności zachować należy przy praniu bielizny osób chorych i t. d. i t. d.

UWAGA. Działalność komitetów pod względem oświecania mieszkańców w sprawach higieny mogłaby być znacznie ułatwiona przez wydanie odpowiednich książeczek, pisanych językiem zrozumiałym i nawet dla mało wykształconych dostępnym. Powinny to być książeczki, pisane *ad hoc* w danym celu.

5) Ustanowienie cennika na mieszkania, po za zakładem się znajdujące, na najgłówniejsze artykuły spożywcze; nadto zobowiązanie właścicieli domów, aby w widocznem miejscu umieszczali też cenniki, takse dla dorożek i t. d.

§ 15.

Komitet opieki prowadzi dokładną statystykę: 1) osób, przybywających na kurację do danego kurortu, 2) statystykę śmiertelności osób przyjezdnych i 3) takąż statystykę śmiertelności miejscowych mieszkańców.

W uzdrowiskach, w których się zjeżdżają przeważnie osoby chore na piersi, należy wszelkie przypadki śmierci z suchot, wydarzające się wśród miejscowych mieszkańców, notować oddzielnie i w każdym przypadku sprawdzić, czy w domu w którym zmarł miejscowy mieszkaniec, zamieszkiwała i kiedy zamieszkiwała osoba przyjezdna, lecząca się na suchoty.

§ 16.

Nie później, niż we dwa miesiące po skończonym sezonie, komitet opieki nad chorymi w każdej miejscowości leczniczej przedstawia Towarzystwu ochrony zdrowia ludu sprawozdanie ze swej działalności za rok ubiegły. W sprawozdaniu ten komitet, oprócz przedstawienia danych, wpływających z jego atrybucyi, obowiązany jest do wypowiedzenia swych uwag, dotyczących tego wszystkiego, co może mieć związek z rozwojem danego uzdrowiska, zaprowadzeniem

w nim pożytecznych reform i t. d. Mogą w sprawozdaniu takim być podawane plany lub projekty, potrzebujące do swego urzeczywistnienia pieniężnych środków; mogą być przytem podawane do powyższego towarzystwa prośby o wyjednanie pozwolenia od władzy na zakładanie towarzystw akcyjnych lub udziałowych, mających na celu podniesienie danego uzdrowiska i t. d.

UWAGA 1. Należy się spodziewać, że prędzej, czy później powyższe towarzystwo postara się o wyjednanie u rządu środków na podniesienie uzdrowisk, mających wybitniejsze lecznicze znaczenie. Miejscowości lecznicze stanowią poważne źródło bogactwa krajowego; wiele z nich jednak dla braku środków stoi na podrzędnem stanowisku, przyjdzie więc w pomoc z pożyczką takim instytucjom, jako istotnie dla społeczeństwa pożytecznym, nie byłoby wcale kapitałem, wyrzuconym na próżno.

UWAGA 2. Komitety opieki, o których mowa, mogłyby oddać wielkie usługi w zebraniu rzetelnych i źródłowych wiadomości o wszystkich miejscowościach leczniczych w całym Państwie, o których mamy bardzo ogólnikowe i niedokładne pojęcie, gdyż ze sprawozdań, składanych corocznie przez nasze uzdrowiska pp. Inspektorom lekarskim i pp. Lekarzom powiatów, społeczeństwo żadnej nie odnosi korzyści. Niezbędną byłoby rzeczą, aby tak poważna i tak pożyteczna instytucja, jaką jest Towarzystwo ochrony zdrowia ludu, za pośrednictwem proponowanych komitetów opieki zebrała na podstawie szczegółowego kwestyjonariusza wiadomości o wszystkich kurortach i wydała ich ogólny przegląd, abyśmy mogli mieć dokładnie przedstawiony *status praesens* dziś istniejących i funkcjonujących miejscowości leczniczych. Wydawanie co jakiś przeciąg czasu, np. co lat 3, podobnego przeglądu z dokładnem wyszczególnieniem tego, co w każdym kurorcie zrobiono dla jego podniesienia, a czego jeszcze brakuje, stanowiłoby rodzaj bilansu, wykazującego, o ile nasze miejscowości lecznicze się rozwijają lub nie.

UWAGA 3. Ustanowienie dla miejsc leczniczych komitetów, wyszłych z łona społecznego, uważać należy za nieporównanie odpowiedniejsze celowi, niż oddawanie ich w ręce dyrektorów, posiadających nieograniczoną władzę, jak to ma miejsce w kurortach, będących własnością rządową, z powodów: 1) że, chcąc, aby społeczeństwo czynną przyłożyło rękę do rozwoju swoich uzdrowisk, trzeba to społeczeństwo zainteresować i dozwolić mu wziąć udział w opiece nad niemi. 2) że, ponieważ tak nasze, jak i wogóle wszystkie uzdrowiska, gdziekolwiek one są, mają bardzo różnostronne potrzeby, którym uczynić mogą zadość tylko ludzie biegli w różnych specjalnościach, przeto komitetu składającego się z ludzi o różnym fachowym przygotowaniu, jedna osoba w postaci dyrektora nie zastąpi, a rządy jej z tego powodu zawsze muszą być jednostronne, 3) że

skoncentrowanie władzy w jednym ręku bez żadnych ograniczeń przeradza się często w absolutyzm, niekorzystnie na bieg spraw w danym uzdrowisku oddziaływający, że wreszcie 4) doświadczenie przekonało, że taki dyrektoryat nie jest owym ideałem, do którego byśmy powinni dążyć w swej organizacyi miejscowości lecznicze.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— K i n e m a t o g r a f znalazł zastosowanie i w medycynie. Na ostatnim posiedzeniu neurologów berlińskich dr SCHUSTER, rzucając na ekran poruszające się obrazy, demonstrował różnego rodzaju zaburzenia ruchowe. Przechodzili więc przed widzami na ekranie tabetycy, wyrzucający swe nogi w lewo i w prawo, „hemiplegicy“, powłócząc i opisując półkole dotkniętą bezwładem kończyną, chorzy z t. zw. spastyczno-paretycznem porażeniem kończyn dolnych, jeden chory z bezwładem połowicznym wykonywał porażoną kończyną górną niezwykle wybitne ruchy płasawicze, dwóch chorych z *paralysis agitans* typowo ustawionymi palcami drgających kończyn górnych niby kręcili pigułki i t. p. Pojedyncze obrazy trwały przeciętnie minutę, na każdy z nich składało się, jak to objaśnił demonstrator, około 1000 fotografii, czyli potrzeba było około 15 zdjęć na sekundę. Oczywiście, wrażenia, otrzymywane od obrazów z płaszczyzny, nie zastępują wrażen bezpośrednich od przedmiotów z przestrzeni, gdyż w pierwszym przypadku wyłączona jest rola zmysłu mięśniowego akomodacyjnego w narządzie wzrokowym, t. zw. zmysłu stereognostycznego, niemniej jednak tego rodzaju „żywe obrazy“ zaburzeń ruchowych pouczają więcej, niż najbarwniejszy opis, a może też lepiej, niż nieudatne ich naśladownictwo. Aparat pro-

jekcyjny (skioskop) znajduje się prawie w każdym towarzystwie lekarskiem berlińskim, i rzadko które z posiedzeń odbywa się bez rzucania na ekran za pomocą tego przyrządu różnych drobnowidzowych preparatów anatomicznych.

St. Kop.

— RUTKIEWICZ przeprowadził szereg doświadczeń nad wpływem krwi chorych na różne choroby gorączkowe oraz chorych na tyfus powrotny w okresie bezgorączkowym na spiryllę OBERMEYER'a i przekonał się, że jedynie krew ostatnich zabija spiryllę. R. potwierdza również zdanie GABRYCZEWSKIEGO, że nowy napad tyfusu może mieć miejsce jedynie wówczas, gdy ze krwi znikają zupełnie bakteryobójcze składniki. (Wracz. Nr. 39. 98 ref.).

— GRANDHOMME i REHN zwrócili już dawniej uwagę, że u pracujących z farbami anilinowemi występują często nieżyty pęcherza. Obecnie LEICHTENSTERN opisuje dwa podobne przypadki: w jednym zwykłe środki stosowane w nieżytych pęcherzach okazały się bezskuteczne, w drugim zabieg operacyjny wykazał mięsaka pęcherza, i chory zmarł wkrótce po operacyi. Powstanie zapalenia pęcherza oraz następnie nowotworu przypisuje L. działaniu aniliny, która przedostaje się do krwiobiegu drogą oddechową. (Dtsch. med. Woch. 10. XI. 98).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Kol. PRUSZYŃSKI w korespondencji swej do „Gazety Lekarskiej“ z dnia 11 b. m. donosi z Petersburga, że prof. Marceli NENCKI, po półrocznym pobycie na Kaukazie, dokończył przy udziale pani d-ra SIEBEROWEJ oraz lekarza weterynaryi p. WYŻNIKIEWICZA badania, dotyczące etiologii, zapobieganiu i leczenia księgosuszu, tak, że sprawa leczenia księgosuszu przez prof. NENCKIEGO ostatecznie została rozstrzygnięta. Surowica przeciwksięgosuszowa, jako środek uodparniający i leczniczy okazała się w działaniu silniejszą od surowicy przeciwbłoniczej i zabija sam swoisty czynnik chorobotwórczy. Wykrycie sposobu uodparniania i leczenia księgosuszu stanowi fakt pierwszorzędny znaczenia ekonomicznego i jednocześnie otwiera nową drogę do poszukiwań metody leczenia innych chorób zakaźnych.

— Redakcyę „Przeglądu weterynarskiego“, czasopisma wychodzącego we Lwowie, objął prof. St. KRÓLIKOWSKI, w miejsce ustępującego ze stanowiska redaktora prof. d-ra SZPILMANA.

— W maju r. b. pomiędzy 23 a 27 odbędzie się w Berlinie pod przewodnictwem kanclerza Hohenloego Zjazd międzynarodowy w celu obmyślenia środków dla zwalczenia gruźlicy. Wydziałów zjazdu ma być pięć. Rozpatrywać mają następujące sprawy, dotyczące gruźlicy: 1) szerzenie się gruźlicy; 2) zapobieganie tej chorobie; 3) etiologię; 4) leczenie; 5) sanatoria. Zjazd nie ma być ściśle lekarski, każdy interesujący się tą sprawą może być członkiem zjazdu.

— W Londynie pod przewodnictwem ks. Walii odbyło się zgromadzenie w celu założenia wielkiego stowarzyszenia narodowego, mającego za jedyny cel zapobieganie szerzeniu się gruźlicy. Cel

stowarzyszenia ma być trojaki: 1) oświecać ogół i pouczać go o środkach zapobiegawczych przeciw szerzeniu się gruźlicy, wskazując niebezpieczeństwo zarażenia się od chorych na gruźlicę; 2) niszczenie zwierząt, dotkniętych gruźlicą; 3) dążenie do zakładania sanatoryjów dla chorych na gruźlicę. Stowarzyszenie ma mieć cechę prywatną, bez wszelkiej domieszki rządowej i ustawodawczej.

— Kol. H. PACANOWSKI został mianowany ordynatorem szpitala Starozakonnych.

— J. FÉLIX razem z p. E. RECLUS i jego asystentami z geograficznego instytutu nowego międzynarodowego uniwersytetu w Brukseli mają zamiar opracować mapę kąpiel mineralnych w Europie. P. FÉLIX nadesłał do niektórych czasopism zagranicznych wezwanie, aby mu nadesłały dokładne wiadomości, co się tyczy leczniczego działania, urządzeń i składu źródeł, przy których kąpiele są urządzone, jak również przeciętną liczbę chorych, te kąpiele odwiedzających. Wobec tego, że, być może, do nas podobne wezwanie nie będzie nadesłane, czyby nie należało kolegom, ordynującym w miejscowościach kąpielowych naszego kraju, powyżej żądane wiadomości nadesłać p. J. FÉLIX w Brukseli prof. hidrologii.

— Zmarli. W Otwocku w dniu 20 b. m. d-r Otton MOSZOZYŃSKI w 38 roku życia.

— W dniu 21 b. m. w dobrach swoich Zambuska w pow. Pułuskim w 93 roku życia d-r Franciszek SOKOLNICKI.

— W Brukseli GLUGE b. prof. anatomii patologicznej.

— W Berlinie profesor chirurgii GURLT.

Sprostowanie. Na str. 27 w wierszu 23 od góry zamiast: w sześciu przypadkach STEIN'a, powinno być w przypadku STEIN'a.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Ценаурою. Варшава, 14 Января 1899 г. Друк К. Ковалевского, Warszawa, Mazowiecka 8.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.
Pobyt z leceniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie.
Ambulatorium od godz. 12 do 1-ej p. p.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słabości za opłatą 1 do 5 rs. dziennie: za całkowite utrzymanie, leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos

W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatorium codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Zakład Leczniczy dla chorych

na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego

Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od Rs. 3—5. Ambulatorium codziennie od 9—10 i od 11—12.

Cena biletu kop. 50.

Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO, ZAŁOŻONY W ROKU 1862, WYCHODZI

staraniem i nakładem:

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO

w objętości 1 1/2 do 2 arkuszy druku w wielkiej 4-ce, co sobota, jak najregularniej pod redakcją

D-ra A. Kwaśnickiego, w Krakowie

I ZAWIERA:

1) Artykuły oryginalne z kliniki szpitali krajowych i zagranicznych i z zakresu wszystkich gałęzi nauki lekarskiej. 2) Wyciągi, streszczenia i zdania sprawy z najnowszych prac, publikowanych w kraju i zagranicą, z uwzględnieniem przeważnie *potrzeb lekarza praktycznego*. 3) *Staż w każdym numerze—rubrykę zapisków terapeutycznych*, dających dokładny pogląd na najnowsze postępy terapii, wraz z wypróbowanymi formułami przepisywania leków. 4) Zdania sprawy z posiedzeń towarzystw lekarskich; 5) Felieton zajmujący się ważnymi sprawami, dotyczącymi stanu lekarskiego i medycyny publicznej; 6) Wiadomości bieżące, zawierające najświeższe doniesienia o wszystkim, co może obchodzić lekarza; 7) Ogłoszenia.

Prenumerata wynosi wraz z przesyłką pocztową: rocznie 6 rubli, półrocznie 3 ruble, kwartalnie 1 1/2 rubla.

REDAKCJA

Kraków, ulica Basztowa 4.

Numera okazowe na żądanie darmo.

ADMINISTRACJA

Kraków, ulica Strzelecka.