

do pierwiastków ruchowych. W etiologii tej grupy znajdujemy nie tylko alkoholizm, jak przedtem mniemano, lecz i inne przyczyny, zwłaszcza influencę, a w wielu razach nie wykryto weale momentu przyczynowego.

Z drugiej strony istnieje szereg przypadków, w których sprawa zapalna nie ma charakteru systemowego, nie atakując wyłącznie lub prawie wyłącznie pierwiastków ruchowych, lecz rozprzestrzenia się sposobem bardziej rozlanym na pień mózgowy, a zwłaszcza na most VAROL'a i sąsiednie części (*Encephalitis pontis*). Tu mamy ogniska zapalne, które jednakowo zajmują białą, jak i szarą istotę. Postać ta posiada niejaki powinowactwo z ostrem krwotocznym zapaleniem mózgowia (*Encephalitis acuta haemorrhagica*), a nawet niekiedy niem się wikła (przypadki RAYMOND'a - CESTAN'a ¹⁾, STRÄUSSLER'a ²⁾, BROUCHANSKI'ego ³⁾, KOPPEN'a ⁴⁾, FREYHAN'a ⁵⁾). Tak samo jak to ostatnie cierpienie, zapalenie mostu przebiega niekiedy pomyślnie (OPPENHEIM ⁶⁾). Przypadek taki, zakończony prawie zupełnem wyzdrowieniem, spostrzegąłem w swym oddziale szpitalnym i, jako nader rzadki, szczegółowo rozpatrzyć zamierzam. Historia choroby jest następująca.

G. K., 32 lat, wdowa, wstąpiła do szpitala w d. 28 lutego 1900 r.

Chora podaje, że została wdową przed 4 miesiącami. Mąż jej, fryzyer, chorował długi czas na zapalenie opłucny, potem zmarł na galopujące suchoty. Chora zwiedzała często grób swego męża, ostatni raz pozostawała bardzo długo na cmentarzu przy zimnej i wilgotnej pogodzie i przeziębila się, skutkiem czego spowo-

dowaną została, według jej zdania, obecna choroba.

Dawniej była zdrowa. Ma troje dzieci, 6, 4 i 1 roczne. To ostatnie karmiła sama; przed trzema tygodniami dopiero z porady lekarza karmić przestała. Po ostatnim porożu miała gorączkę, trwającą kilka tygodni. Dzieci zdrowe, prócz najstarszego, który jest chudy i kaszle. W pierwszym roku po zamążpójściu raz poroniła.

Teraźniejsza choroba rozpoczęła się przed 6 tygodniami od parestezyi w prawostronnych kończynach. Przed 3 tygodniami badał chorą kol. BIRO, który mi łaskawie spostrzeżenia swe zakomunikował. Chora uskarżała się na parestezye w całej prawej połowie ciała. Przedmiotowe badanie wykazywało zmniejszenie czucia, równomierne dla wszystkich rodzajów, tylko czucie mięśniowe było zachowane. Wkrótce potem zauważono porażenie lewego nerwu odwodzącego (*n. abducens*). Przed paroma dniami kol. B. został do chorej wezwany i zauważył już porażenie lewej połowy twarzy oraz powikłane porażenie mięśni ocznych.

Według słów pacjentki, czuje się ona już od 3 tygodni ciężko chorą i nie opuszcza łóżka. Przytomność była przez cały ten czas zachowana. Chora uskarża się na bóle głowy, zwłaszcza w lewej połowie. Zawrót głowy jest tak silny, że chora nie może głowy podnieść. Od dwóch dni ma silne wymioty.

Chora wątłej budowy ciała, źle odżywiana. Przytomność zachowana. Silne podrażnienie psychiczne. Chora prawie bezustannie i bardzo prędko mówi. Jest niezadowolona ze służby, kłóci się z otoczeniem.

Tętno 66, słabego napięcia. Ciepłota 37,2°.

Opukiwanie czaszki niebolesne; ruchy bierne głowy powodują ból w potylicy.

Prawostronna *ptosis*. Prawa źrenica szersza od lewej, ta ostatnia zmniejszona. Obie oddziaływają na światło zupełnie dobrze. Badanie reakcyi na przystosowanie jest niewykonalne,

¹⁾ Raymond-Cestan. Société de Neurologie de Paris 10 Jan. 1901.

²⁾ Sträussler. Jahrbücher f. Psych. 1902. Tom 21 str. 253.

³⁾ Bruchanski. Żurnal neurologii i psychiatrii Korsakoff'a. Tom 1 str. 3 r. 1901.

⁴⁾ Köppen. Archiv f. Psychiatrie. Tom 30 Z. 3, Berliner klin. Woch. 1898 Nr. 30.

⁵⁾ Freyhan. Deutsche medic. Wochenschrift 1895 N. 39.

⁶⁾ Oppenheim. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. T. VII i XV.

ponieważ chora nie fiksuje przedmiotów. Prawa gałka oczna zezuje ku zewnątrz (*Strabismus divergens oculi dextri*). Ruchy gałek ocznych bardzo ograniczone: ruchy boczne zupełnie zniesione (porażenie ruchów skojarzonych bocznych); ku górze oczy dochodzą zaledwie do poziomu, który mają w stanie spokoju; ku dołowi poruszają się dobrze. Lewe oko podnosi się ku górze nieco lepiej, niż prawe. Od początku choroby podwójnowidzenie.

Lewy nerw twarzowy we wszystkich swych gałęziach całkowicie porażony. Prawa połowa twarzy prawidłowa.

Język wysuwa się bardzo mało; jest bliższy prawego kąta ust; nie drży, na prawo porusza się nieco gorzej, aniżeli na lewo.

Chora otwiera i zamyka usta z wysiłkiem. Przy otwieraniu ust szczeka dolna zbacza na lewo.

Łykanie prawidłowe.

Czucie w prawej połowie twarzy bardzo zmniejszone, zwłaszcza czucie bólowe prawie zupełnie zniesione.

Słuch na oba uszy zachowany, podmiotowo na prawe gorszy.

Siła wzroku zmniejszona. Chora liczy palce na 2—3 metry. Badanie wziernikowe z przyczyn od nas niezależnych nie mogło być zrobione. Chora uskarża się, że nie rozpoznaje dobrze smaku jedzenia.

Prawe kończyny paretyczne, zwłaszcza kończyna górna. Dolna jest nie wiele słabsza od lewej. Silny bezład obu prawych kończyn.

Czucie na prawej połowie ciała bardzo zmniejszone, najbardziej na kończynie górnej; czucie bólowe jest zupełnie zniesione. Na kadrze i kończynie dolnej hypestezya mniejsza. Czucie głębokie (położenie) w obu kończynach prawej strony silnie zakłócone, najbardziej w odcinkach obwodowych.

Odruchy kolanowy i Achilles'owy z prawej strony wzmożony, z lewej umiarkowane. Podszewkowy prawy słaby, lewy umiarkowany.

Klonns prawej stopy nieznaczny. Oddawanie moczu nieco utrudnione: chora czekać musi na wyjście moczu, oddaje za każdym razem niewielką ilość.

2. III. Stan bez zmiany. Tętno 90, słabe. Ciepłota 36,6° zrana, 37,4° wieczorem. Wczoraj chora wymiotowała kilkakrotnie. Pobudzenie psychiczne trwa dalej.

3. III. Ciepłota 37,0° zrana, 38,2° wieczorem. Bóle głowy ustały prawie zupełnie. Chora spała dobrze. Wymioty nie powtórzyły się. Na lewym oku rogówka zmętniała, hypopyon. Lewa źrenica zwężona. Niedowład prawych kończyn większy.

4. III. Tętno 96. Ciepłota zrana 37,2°, wieczorem 38,2°. Chora mówi jeszcze dużo. Mowa niezmienniona, głos nieco zawoalowany. Zbaczanie szczęki przy otwieraniu ust wzmogło się. Lewe oko porusza się ku górze i ku dołowi lepiej od prawego.

5. III. Tętno 90. Ciepłota 37,3° zrana, 38,6° wieczorem. Bólu głowy, wymiotów niema. Niepokój nie ustaje. Chora spała po zastrzygnięciu morfiny. Samopoczucie lepsze. Na rogówce lewego oka owrzodzenie. Prawe oko porusza się teraz też lepiej ku górze, nawet lepiej od lewego. Inne objawy bez zmiany.

6. III. Tętno 90. Ciepłota zrana 37,3°, wieczorem 37,5°. Chora spała. Pobudzenie trwa nadal.

7. III. Tętno 96. Ciepłota zrana 37,4°, wieczorem 37,2°. Stan ogólny poprawił się. Chora spokojniejsza, mówi mniej. Domaga się jedzenia. Otwiera nieco prawe oko, porusza je lepiej ku dołowi. Uścisk ręki prawej nieco mocniejszy. Oddawanie moczu bardzo utrudnione. Zaparcie stolca uporeczywe.

8. III. Tętno 114. Ciepłota zrana 37,2°, wieczorem 37,0°. Stan bez zmiany.

9. III. Tętno 132. Ciepłota prawidłowa. Stan ogólny poprawia się. Chora przysiadła już w łóżku. Ruchy głowy wolne, niebolesne.

10. III. Chora uskarża się jeszcze na trudność wykrztuszania płwociny.

12. III. Tętno 96. Oddech 24, utrudniony. Prawe oko porusza się już w prawą stronę. Niedowład prawych kończyn mniejszy.

13. III. Prawe oko dochodzi już z wysiłkiem do zewnętrznego kąta szpary ocznej. *Pto-sis* jest znacznie mniejsza, oko otwiera się prawie tak samo, jak lewe. W nocy był ból głowy. Na czole i twarzy, zwłaszcza prawej połowie parestezye

15. III. Tętno 108. Ogólna euforya. Chora zamyka lewe oko znacznie lepiej, pozostaje wąska szpara. Siła mięśniowa prawej kończyny górnej znacznie lepsza, bezład mniejszy. Oddawanie moczu łżejsze.

19. III. Tętno 114, słabe. Chora uskarża się na ciężar w głowie. Siedząc, opuszcza głowę naprzód, a nie może jej podnieść, ruchy boczne są również utrudnione. Bolesna parestezya prawej połowy ciała, włącznie głowy i twarzy. Znieczulenie prawej połowy ciała jest prawie zupełne.

6. IV. Bóle w prawej połowie głowy i twarzy nie ustają. Przy naciskaniu znajdują się punkty bolesne.

14. IV. Stan ogólny zadawalający. Tętno 118. Bóle głowy ustały prawie zupełnie. Na szyi parę gruczołków niebolesnych.

22. IV. Owrzodzenie rogówki zagojone z pozostawieniem blizny. Łącznica w dolnej części jeszcze przekrwiona.

3. V. Porażenie lewej połowy twarzy ustępuje, fałda nosowargowa staje się widoczną.

Prawe oko porusza się na prawo z drganiem nystagmusowem, na lewo bardzo mało; nieco lepiej na lewo i wdół. Lewe oko porusza się nieco w stronę prawą.

Zbaczenie szczęki dolnej na lewo prawie znikło. Żwacze silne. Czucie na prawej połowie twarzy lepsze, parestezye znikły.

20. V. Chora chodzi bez pomocy. Niedowład i bezład kończyn prawych coraz mniejsze.

3. VI. Prawe oko porusza się dobrze we wszystkich kierunkach, przytem nieznaczny *nystagmus*. Lewe oko ma ograniczony ruch ku zewnątrz (na lewo), w innych kierunkach porusza się dobrze.

Porażenie lewego nerwu twarzowego znikło. Czucie lewej połowy twarzy prawie zupełnie powróciło. Chora chodzi nie chwiejąc się, powłóczy zlekka prawą nogą. Bezład prawych kończyn jeszcze widoczny, ale w mniejszym stopniu. Zaburzenia czucia minimalne. Chora wypisuje się ze szpitala.

18. I. 1901, t. j. w 7½ miesiąca potem, badałem chorą ponownie. Uskarża się jeszcze na lekkie parestezye prawych kończyn, zwłaszcza obwodowych odcinków; rzadsze są parestezye twarzy. Jeszcze utyka trochę na prawą nogę. Nieznaczny bezład prawej kończyny górnej. Ruchy gałek ocznych sprawne, przy ruchach w stronę lewą małe drgania nystagmusowe. N. twarzowy prawidłowy. Odruchy ścięgnowe z prawej strony nieco większe, *clonus* nie otrzymuje się.

W krótkim streszczeniu mamy przypadek następujący:

32 letnia wdowa. Mąż zmarł przed ½ rokiem na suchoty. Kilkakrotnie silne przeziębienie. Początek choroby przed 6 tygodniami od parestezyi prawych kończyn. Przed 3 tygodniami przedmiotowa podczułość prawych kończyn. Wkrótce potem porażenie lewego nerwu odwodzącego. Od paru dni pogorszenie. Ciężki stan ogólny. Bóle głowy, zawroty, wymioty. Przedmiotowo: Pobudzenie psychiczne. Przy ruchach biernych głowy ból potylicy. *Pto-sis* prawego oka. Zez rozbieżny prawego oka. Gałki oczne poruszają się dobrze tylko ku dołowi; ku górze lewa nieco lepiej, niż prawa; ruchy boczne zniesione. Diplopia. Prawa źrenica szersza, oddziaływanie dobre. Porażenie lewego nerwu twarzowego typu obwodowego. Porażenie lewego *m. ptery-*

goideus i ogólne osłabienie żywcy. Znieczulenie prawej połowy ciała. Trudność poruszania języka. Zaburzenia smaku. Lekki niedowład prawych kończyn z bardzo znacznymi zaburzeniami czuciowymi (włącznie czucia części głębszych) oraz bezładem i wzmożeniem odruchów ścięgowych.

Lekkie zaburzenia przy oddawaniu moczu. Ciepłota ciała nieco podniesiona w ciągu następnych 3—4 dni (do 38,6°). Niedowład prawych kończyn wzmaga się. *Keratitis* na lewym oku.

5 dnia zaczęła się poprawa, naprzód ruchów prawego oka ku górze i ku dołowi, *ptosis*, niedowładu prawych kończyn oraz stanu ogólnego. Po dwóch tygodniach prawe oko zaczyna się poruszać ku zewnątrz, porażenie lewego nerwu twarzowego się zmniejsza, również jak niedowład i bezład prawych kończyn. Przez pewien czas bolesna parestezya na prawej połowie twarzy. Zagojenie owrzodzenia rogówki. Po 2 miesiącach dalsza poprawa ruchów prawego oka ku zewnątrz, pojawienie się ruchu ku wewnątrz, a zwłaszcza ku wewnątrz i dołowi. Poprawa porażenia ruchowej gałęzi lewego nerwu trójdzielnego oraz znieczulenia prawej połowy twarzy.

Po 3 miesiącach, przy wypisaniu się ze szpitala, jeszcze tylko niedowład lewego nerwu odwodzącego, lekkie chromanie na prawą nogę, bezład prawych kończyn, bardzo nieznaczna hypestezja prawej połowy twarzy.

Po $\frac{3}{4}$ roku niekiedy parestezya w kończynach prawych i prawej połowie twarzy. Drgania nystagmusowe przy patrzeniu w stronę lewą. Ślady hemiparezy i hemiataksyi.

Gdy przystąpimy teraz do oceny obrazu klinicznego, to nasamprzód stwierdzić wypada ugrupowanie objawów, wskazujące na zajęcie lewej połowy mostu, a mianowicie: z lewej strony porażenie twarzowe typu obwodowego, z prawej niedowład kończyn, utrata czucia i bezład, wzmożenie ścięgowych, a zmniejsze-

nie skórnych odruchów. Taki typ porażenia — *paralysis alternans* — jest wprost patognomoniczny dla tej części narządu ośrodkowego, w której tory, idące od kończyn i ku kończynom, uległy już skrzyżowaniu, tory twarzowe zaś jeszcze się nie skrzyżowały; częścią tą jest distalna połowa mostu VAROL'a. Ognisko chorobowe znajduje się, rzecz prosta, po stronie porażenia twarzowego, t. j. w naszym przypadku w lewej połowie mostu VAROL'a.

(D. n.).

Z Sanatorium d-ra Brehmer'a w Goerbersdorfie.

Tętno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płuc.

Podał

Stanisław Gałęcki (asystent).

Częstość tętna.

Tętno przyspieszone jest jednym z najpowszechniejszych zjawisk, towarzyszących gruźlicy płuc. Ciekawą rzeczą byłoby zbadanie, w jakim stosunku znajduje się liczba suchotników, posiadających normalną liczbę uderzeń tętna w ciągu minuty, do liczby tych, którzy mają tętno przyspieszone. Ażeby tę kwestję rozstrzygnąć, trzeba by wiedzieć dokładnie, gdzie leży granica tętna normalnego, i jaką liczbę uderzeń w ciągu minuty trzeba już uważać za objaw tętna przyspieszonego. W licznych podręcznikach znajdujemy co do tego pewne wskazówki; np. LANDOIS zrobił zestawienie przeciętnych danych, otrzymanych przez rozmaitych autorów. Owe przeciętne liczby jednak w stosunku do pojedynczego przypadku nie wiele mówią, gdyż wiemy, jak niestאלą i indywidualną wielkością jest pojęcie normy. Wobec tego wolę na razie podziału na tętno normalne i przyspieszone za

niechać i przytoczyć otrzymane przeze mnie dane podług ich wartości w stosunku procentowym do liczby ogólnej. Ażeby przytem umożliwić oryentowanie się co do stosunku częstości tętna do natężenia choroby, dzielę poszczególne przypadki według stadyów TURBAN'owskich.

	Częstość tętna wynosi:			
	w I st. %	w II st. %	w III st. %	w sumie ogólnej %
do 70 ud.	29	16	6	15
od 71 do 80 „	48	26	30	33
„ 81 „ 90 „	14	34	31	29
„ 91 „ 100 „	9	19	19	16
wyżej 100 „	0	5	14	7

Jak już wyżej nadmienilem, ścisły podział badanych pulsów na normalne i przyspieszone nie jest możliwy. Sądzę jednak, że nie popełnimy zbyt wielkiego błędu, jeżeli będziemy tętno, liczące do 80 uderzeń na minutę, uważali za leżące w granicach normy. Wszystkie podane przeze mnie liczby otrzymałem z wyjątkiem jednego przypadku, który dotyczy 15-letniego chłopca, przy badaniu osób dorosłych w pozycji leżącej i przy zupełnie spokojnym stanie umysłu. Za średnią częstość tętna u dorosłego człowieka przyjmujemy około 70 uderzeń na minutę. WESENER jako średnią liczbę przytacza 72, ROLLET (cyt. u SAHLI) podaje na zasadzie danych, otrzymanych przez rozmaitych autorów, 73—69. U LANDOIS'a znajdujemy dla osób w wieku od lat 20 do 60 liczby średnie, wahające się pomiędzy 60 i 75 uderzeniami na minutę. Są to wszystko liczby średnie; *maxima* zaś i *minima* wahają się w pewnych granicach. Sądzę zatem, że się niezbyt oddalę od rzeczywistości, jeżeli uważać będę tętno do 80 uderzeń na minutę za normalne. Tętno od 81 do 100 uderzeń uważać będę za przyspieszone, powyżej 100 — za bardzo przyspieszone.

Jeżeli przyjmiemy podział powyższy, to przekonamy się, że częstość tętna jest poniekąd

w pewnej zależności od natężenia sprawy płucnej. Gdy bowiem pośród przypadków I stadyum znalazłem w olbrzymiej większości, mianowicie u 77% odnośnych pacyentów, tętno prawidłowe, u 23% przyspieszone, u nikogo zaś bardzo przyspieszonego tętna nie znalazłem, to w przypadkach, należących do II i III stadyum, stosunek ten przedstawia się zupełnie inaczej. Tam tętno normalne spostrzegamy u mniejszości, a mianowicie w II stadyum u 42%, a w III tylko u 32% ogólnej liczby chorych w tych stadyach. U większości zaś tętno jest przyspieszone, a nawet bardzo przyspieszone. W II stadyum 53% chorych ma przyspieszone, a tylko 5% bardzo przyspieszone tętno, gdy pośród chorych w III stadium odsetki te wynoszą 50% i 14%. Widzimy zatem, że liczba uderzeń tętna powiększa się w miarę wzmagania i rozszerzania się sprawy gruźliczej. Jeżeli zaś zaniechamy podziału na stadya, to przekonamy się, że mniej więcej połowa chorych, mianowicie 52% ogólnej liczby, posiada tętno mniej więcej prawidłowe, połowa zaś przyspieszone.

Z powyższego wynika, że znaczenie dyagnostyczne częstości tętna w gruźlicy płuc nie jest zbyt wielkie, gdyż tętno przyspieszone spostrzegamy przeważnie w przypadkach II lub III stadyum choroby, gdzie obraz kliniczny już i tak bardzo jest wyraźny. Natomiast w przypadkach lekkich, początkowych zachorowań, gdzie rozpoznanie nieraz jest połączone z trudnościami, i gdzie każdy objaw, mogący nasze rozpoznanie potwierdzić, jest bardzo pożądanym, częstość tętna znajduje się w olbrzymiej większości, mianowicie w $\frac{3}{4}$ przypadków, w granicach normy. Zresztą nawet w tych przypadkach I stadyum, gdzie znalazłem tętno przyspieszone, owo przyspieszenie było przeważnie o tyle nieznaczne, że je z trudnością można było tem mianem ochrzcić. Zaledwie u 2 chorych, a zatem w 9% ogólnej liczby przypadków I stadyum stwierdziłem wyraźne przyspieszenie tętna.

Przyspieszeniu tętna ogólnie przypisują wielkie znaczenie rozpoznawcze. Ponieważ rokowanie w gruźlicy płuc jest rzeczą dość trudną, zatem warto tę kwestję wyświetlić. Każdy objaw, mogący nam pomódz przy rokowaniu w gruźlicy, jest nabytkiem nieocenionym. Ponieważ miałem sposobność śledzenia postępów kuracyi u wszystkich badanych przeze mnie chorych, więc mogę pokusić się o rozwiązanie interesującej kwestyi. Przy ocenie postępów kuracyi trzeba przyjąć pod uwagę również natężenie sprawy gruźliczej w płucach, gdyż im cięższy jest dany przypadek, tem mniej pomyślne jest rokowanie. Jeżeli jednak podzielimy zebrane przeze mnie dane według stadyów, a następnie przypadki, należące do każdego stadyum, rozsegujemy według częstości tętna, to w niektórych rubrykach otrzymamy zbyt małe liczby. Wskutek tego moglibyśmy otrzymać fałszywe wyniki. Ażeby tego uniknąć, porównywać będę wyniki kuracyi w przypadkach o tętnie, któremu dałem miano normalnego (do 80 uderzeń na minutę), z tymi przypadkami, gdzie tętno było przyspieszone (81—100 uderzeń), i pominę zupełnie przypadki I stadyum, ponieważ tam, jak już wspominałem, liczba chorych o tętnie przyspieszonym jest zbyt mała, a następnie, ponieważ wyniki kuracyi u chorych w I stadyum są zwykle dobre, a zatem i tak nie byłoby co porównywać. Przy ocenie wyników kuracyi oznaczać będę gruntowną poprawę, czyli t. zw. wyleczenie w sensie BREHMER'owskim liczbą 2, polepszenie liczbą 1 i kuracyę bez wyników dodatnich za pomocą 0. Rezultaty obrachunku procentowego kuracyi u badanych przezemnie chorych, znajdujących się w II i III stadyum gruźlicy płuc, przedstawia nam następująca tablica:

(Patrz wyżej)

Podane w powyższej tablicy odsetki potwierdzają pogląd ogólny, że tętno przyspieszone w gruźlicy płuc czyni rokowanie w tej cho-

Stadium choroby	Wyniki kuracyi	Częstość tętna	
		do 80 ud.	od 80 do 100
II	2	63%	58%
	1	31%	25%
	0	6%	17%
III	2	58%	22%
	1	31%	39%
	0	11%	39%

robie mniej pomyślnem. Widzimy mianowicie, że odsetek t. zw. wyleczeń przy tętnie przyspieszonym jest mniejszy, niż przy tętnie normalnem.

Rzuca się to zwłaszcza w oczy w przypadkach, należących do III stadyum. Odsetki zaś kuracyi nieudanych znajdują się w wprost przeciwnym stosunku. Przytoczony obrachunek świadczy jednak, że nie należy prognostycznego znaczenia przyspieszonego tętna przeceniać, gdyż różnica wyników kuracyi w II stadium choroby nie jest tak wielka, a nawet w III stadyum znajdujemy pewną liczbę pomyślnych kuracyi u chorych, mających tętno przyspieszone. A zatem zapatrywanie się na przyspieszenie tętna, jako na objaw, czyniący rokowanie w gruźlicy bezwzględnie złem, nie ma racyi bytu.

Podane przeze mnie odsetki wyleczeń mogą się wydać, zwłaszcza gdy chodzi o III stadyum choroby, zbyt wielkimi. Są one znacznie wyższe od podanych przez innych autorów np. przez TURBAN'a. Ażeby uniknąć podejrzenia, że dane powyższe otrzymałem sztucznie przez dobór odpowiednich przypadków, zwracam uwagę i na to, że, jak to już wyżej zaznaczyłem, przyjmowałem tylko te przypadki pod uwagę, gdzie chorzy albo wogóle nie gorączkowali, albo też pozbyli się gorączki w sanatorium, gdy u innych autorów są uwzględnione wszystkie przypadki.

Krzywe tętna.

Przy ocenie otrzymanych przeze mnie krzywych, najpierw postawiłem sobie pytanie, czy w gruźlicy płuc istnieje jakikolwiek ogólny typ krzywej tętna, czy też nie. Ażeby mózdz na to dać odpowiedź, trzeba poddać dokładnemu zbadaniu wszystkie części składowe odnośnych krzywych.

Owe części składowe są następujące: Wysokość głównej fali tętna, forma ramienia zstępującego, t. zw. fala powrotna (*Rückstosseleration*) i t. zw. drgania elastyczne. Długość fal zależy od liczby uderzeń tętna na minutę, a zatem znaczenie jej jest identyczne ze znaczeniem częstości pulsu, o czym już poprzednio była mowa.

Pod względem wysokości fali rozróżniamy wielkie i małe tętno (*P. magnus et parvus*). Oprócz tych dwóch uwzględniłem jeszcze tętno średniej wielkości. Pośród 100 zbadanych przeze mnie przypadków w 54 znalazłem wielkie, a w 42 średnie tętno. Tylko w 4 przypadkach tętno było małe.

Jak objaśnić ten fakt, że u większości chorych na gruźlicę płuc fala tętna osiąga dość znaczną wysokość?

Wysokość fali zależy od trzech czynników: od siły skurczu sercowego, od napięcia naczyń i od ich napełnienia krwią. Która z tych przyczyn w danym razie jest decydującą, niepodobna określić z całą ścisłością. Możemy się przy rozstrzyganiu tej kwestyi tylko przypuszczeniami kierować. Zdaje się, że zbytnej siły mięśnia sercowego nie można u suchotników oczekiwać, gdyż trudno, żeby tam, gdzie cały ustrój jest osłabiony, serce powiększało swoją energię. Może ono co najwyżej zachować swoją energię pierwotną. Dwa drugie czynniki mogą już wchodzić w grę z większym prawdopodobieństwem. Że napięcie ścian naczyń jest

u suchotników zmniejszone, można wnioskować z tego, że nerwy naczynioruchowe u tych chorych wogóle słabo funkcjonują. Tęguczy nas obserwacya codzienna. Jest zatem rzeczą prawdopodobną, że ściany naczyń wskutek zwiotczenia okazują słaby opór napływającej fali i, rozciągając się silnie, ustępują przed jej naporem. Nie jest również rzeczą nieprawdopodobną, że ogólna ilość krwi u chorych na gruźlicę płuc, a zatem i napełnienie naczyń są mniejsze, niż u ludzi zdrowych. Że jednak drugi z wymienionych czynników, t. j. zmniejszone napięcie naczyń, najprawdopodobniej gra tu główną rolę, potwierdza nam do pewnego stopnia forma katakroty i zachowanie się drgań elastycznych.

U LANDOIS'a znajdujemy co do drgań elastycznych twierdzenia następujące: „W miarę wzmagania się średniego ciśnienia krwi w tętnicach podnoszą się drgania elastyczne ramienia zstępującego wyżej ku szczytowi krzywej. Przy bardzo niewielkiem napięciu ścian tętniczych drgania elastyczne znikają zupełnie. W chorobach naczyń, które zmniejszają lub całkowicie znoszą ich elastyczność, drgania elastyczne zmniejszają się lub też nawet znikają całkowicie”.

Występowanie pierwszego od góry drgnięcia elastycznego bliżej lub dalej od szczytu fali nadaje ramieniu zstępującemu czyli t. zw. katakrocie odpowiedni wygląd. Jeżeli mianowicie pierwsze drgnięcie elastyczne występuje niedaleko od wierzchołka fali głównej, to ramię zstępujące tworzy linię łagodnie pochyłą. W przeciwnym razie katakrota opada niemal prostopadle ku dołowi. W 38% badanych przeze mnie pulsów pierwsze drgnięcie elastyczne wypadło w górnej trzeciej części wysokości krzywej, w 27% mniej więcej pośrodku, a w 35% u podstawy fali głównej. Jeżeli twierdzenie LANDOIS'a jest słuszne, to tylko mniej więcej u jednej trzeciej części ogólnej liczby chorych znajdujemy dostateczne napięcie ścian naczyniowych, $\frac{2}{3}$ zaś

posiadałyby mniej lub więcej zmniejszone napięcie ścian. Że napięcie naczyń u chorych gruźliczych może być nawet znacznie zredukowane, potwierdza fakt, że w 27% ogólnej liczby

badanych przypadków drgań elastycznych wcale zauważyć nie mogłem.

(C. d. n.).

ODCZYTY KLINICZNE.

CONTET.

Gimnastyka lecznicza.

Zaznaczywszy w obszernym wstępie, poświęconym dziejom gimnastyki, dwa główne jej kierunki w starożytności — grecki, w którym przeważa troska o piękność, harmonię kształtów ciała i wdzięk w ruchach jego, oraz rzymski, mający na celu wyrobienie siły fizycznej i przygotowanie bitnego żołnierza, — dalej, że wraz z powstaniem i rozkwitem chrześcijaństwa, przez długie wieki średnie i poza nie jeszcze praktyki gimnastyczne ze względu na to, że bardziej troszczono się wtedy o duszę, aniżeli o powłokę cielesną, prawie że były zaniedbane i ograniczały się raczej do igrzysk rycerskich, stanowiących pewną ich odmianę, autor przechodzi do czasów nowszych. Teraz to dopiero działacze tacy, jak ROUSSEAU we Francji, — PESTALOZZI w Szwajcaryi, BASEDOW, VIETH i JAHN w Niemczech, — NACHTIGAL w Danii pęzeli nawoływać do uprawiania gimnastyki, wykazując znaczenie jej nie tylko dla rozwoju fizycznego, lecz i wysoką jej wartość pod względem estetycznym, a nawet i moralnym. Poczęły się tedy tworzyć związki i towarzystwa gimnastyczne, zwłaszcza w Niemczech (Turnvereine), które tak niepoślednią rolę odgrywały i odgrywają w życiu narodu niemieckiego. Bądź jak bądź, godnem jest uwagi, że gimnastyka aż do ostatnich niemal czasów zachowuje wyłącznie prawie kierunek akrobatyczny lub militarny. W ostatnich

dopiero czasach następuje pewien zwrot — ujawniają się dążenia, ażeby nie czynić jej wyłącznym udziałem ludzi zdrowych, lecz ażeby udostępnić ją wszystkim, a zwłaszcza szwankującym wskutek obarczenia, nieprawidłowości — czy to dziedzicznych, czy też nabytych.

Wprawdzie idea stosowania gimnastyki, jako środka leczniczego, nie jest tak nowa, jakby się zdawało — skoro o takim jej stosowaniu znajdują się wzmianki w pismach PHILOSTRAT'a, PLATON'a, HYPOKRATES'a, — a później napomykają też o niej BACON i Fryd. HOFMANN, to jednakże dopiero uczony i poeta szwedzki LING w r. 1813-ym myśl tę urzeczywistnił i w swej metodzie leczenia gimnastyką, noszącej odtąd nazwę szwedzkiej lub LING'a, tak silne dał podstawy, że zdaniem autora — jeśli w niej tu i owdzie coś można dodać lub nieco odmienić, to te jednak, jak były, tak i niewzruszonymi pozostaną.

Gimnastyka oddziaływa na ustrój wogóle *resp.* więc wpływ swój zaznacza i na ustrój chory w dwojakim kierunku: fizycznym i psychicznym. Przy każdym ruchu (ćwiczeniu) odpowiedni mięsień czy też grupa mięśniowa pod wpływem świadomej czy też półświadomej pobudki psychicznej w celu zwalczenia przeszkody (oporu) lub osiągnięcia pewnego celu ulega skurczowi. Ponieważ jednak mięsień może działać jedynie wtedy, gdy jeden z jego końców ma stały dla swej czynności punkt oparcia (*punctum fixum*), więc zazwyczaj w grę tu wchodzi i inne mięśnie, mające na celu utrzymanie w danym położeniu kości, służącej za miejsce przyczepu kureczącego się mięśnia; — owe skurcze pomoc-

nicze, wzajemnie sobie w osiągnięciu zamierzonego celu pomagając i czynność swą potęgując, szerzą się na coraz dalsze odcinki ciała (inne mięśnie), tak że niekiedy wciągają się tu w grę wszystkie mięśnie, sprzyjające unieruchomieniu tułowia przy ustawieniu tegoż wdechowi i przy zwartej krtani. Rzecz ta doskonałą znajduje ilustrację w czynności napozór tak prostej, jak miażdżenie w palcach orzecha, przyczem często śledzić się daje stopniowe rozszerzanie się wysiłku mięśniowego, który w chwili kulminacyjnej zaznacza się zaczerwienieniem twarzy (*turgescencia*), wezbraniem żył szyi, ciała oraz powstrzymaniem (zatomowaniem) oddechu. Wniosek ztąd jasny: synergie nawet bardzo skomplikowane wchodzą często w grę w przypadkach i warunkach nieprzewidywanych — niespodziewanych. Synergie te jednak, które co do rozmiaru i siły pozostają w stosunku prostym z niedoświadczeniem osobnika i które początkowo zaznaczały się tak znacznym wysiłkiem — połączonym z kurczową zmianą wyrazu twarzy, objawami kongestyjnymi i t. d. — pozostawiającym po sobie uczucie zmęczenia, niby „rozłamania”, — wraz z nabyciem wprawy przestają się dawać obserwować, i ćwiczenie takie wykonywa się teraz z łatwością, i nie odczuwa się po nim zbyt dużego zmęczenia. To nabycie wprawy (*entrainment*) polega tu nie tylko na spotęgowaniu zdolności skurczowej mięśni, lecz także — zdaniem autora — na zastąpieniu pierwotnego, niedostosowanego do mającego się osiągnąć celu rozdziału energii skurczowej rozdziałem równomierniejszym, właściwszym i energię tę należyżycie spożytkowującym. Tą to właśnie nabytą wprawą objaśnia się, że trudne ćwiczenia gimnastyczne łatwiej wykonywa gimnastyk nie silniejszy, lecz wprawniejszy, *resp.* zwinniejszy.

Ważność wprawy szczególnie rzuca się w oczy w ćwiczeniach, polegających na utrzymaniu równowagi ciała (np. jazda na bcyklu, ślizganie się na łyżwach i t. p.) Trudności, mające tu być pokonane, są niby bardzo nieznaczne, a jednak właśnie te drobne skurcze mięśniowe, wciąż powtarzające się, prawie ustawiczne, jakie tu niezbędne są dla przywrócenia równowagi przy najniższym zboczeniu środka ciężkości i które u początkującego w przesadnej ujawniają się sile i stwierdzić się dają w każdym niemal mięśniu, nie wyłączając nawet mięśni twarzy,

stają się następnie u tegoż źródłem silnego zmęczenia, uczucia „rozłamania”, obejmującego prawie całe ciało, a więc nawet i te jego okolice, którego mięśnie napozór żadnego w ćwiczeniu nie przyjmowały udziału. Wraz jednak z nabyciem należytej wprawy ćwiczenia pozostawiają po sobie jedynie uczucie zwykłego, fizyologicznego, szybko przemijającego zmęczenia.

Jeśli więc postęp w ćwiczeniu — jak z powyższego zdaje się wypływać — polega na koordynacji pewnych czynności (aktów) prostych i należytem ich przystosowaniu co do rozmiaru siły i danych okoliczności — to jednocześnie staje się też widocznym, że czynności (akty) takie stoją w ścisłej zależności od układu nerwowego. Ośrodki nerwowe, dzięki zmysłowi mięśniowemu, zostają w porę uświadomione o stopniu skurczu mięśni, położeniu w przestrzeni rozmaitych części (odcinków) ciała, a czynność psychiczna stany te notuje i stara się drogą odpowiedniej reakcyi nadać im kierunek właściwy, umożliwiając osiągnięcie zamierzonego celu

Wszystkie te wole, percepcye, reakcye następują po sobie, łączą się, wzajemnie kontrolują, miarkują i t. d. z taką szybkością, i szybkość ta w miarę wdrożenia tak się wzmacnia, że cała wreszcie czynność fizyczna psychiczna zdaje się niejako odbywać bez udziału świadomości.

Zdaniem Du Bois REYMOND'a wszelkie ćwiczenia ciała są raczej ćwiczeniami układu nerwowego — mózgu i rdzenia — aniżeli ćwiczeniami mięśniowymi. Tem się też objaśnia, że im częściej ćwiczenie się powtarza, *resp.* im częściej w grę wchodzą czynniki syntezy i kontroli ze strony ośrodków nerwowych, związane z jego wykonaniem, tem szybciej i doskonalejszy wykonywa się je następnie — bez chwili wahania. Z drugiej znów strony, nabyta przez częste ćwiczenia zdolność chwytania właściwych jego momentów, zdolność szybkiego oryentowania się, — miarkowania rozmiaru i stopnia reakcyi jest właśnie owym czynnikiem, który sprzyja wyrobieniu zimnej krwi i samopanowania.

Niemalże też wpływ wywierają ćwiczenia gimnastyczne na krwiobieg i oddechanie. Przy skurczu mięśniowym tętnice ulegają rozszerzeniu (*vasodilatatio*), przyczem zwiększa się dopływ krwi do wszystkich elementów anatomicznych w danej chwili czynnych — co z kolei sprzyja znacznemu spotęgowaniu się ich odżywiania

Jednocześnie krew, wypchnięta skutkiem tegoż skurczu z żył głębokich, dąży ku narządom, sprzyjającym oczyszczeniu jej z substancji dla ustroju już niepotrzebnych — *resp.* szkodliwych — a ten tu czynnik oczyszczający znakomicie dopełnia i potęguje czynnik nutrycyjny.

Z chwilą zwiotczenia (rozkurczu) mięśni żyły, powracając do swej pierwotnej pojemności, wypełniają się znów krwią — ujawnia się więc tu niby działanie deplecyjne ku warstwom głębiej położonym, *resp.* rozszerzenie i na nie dobroczynnych skutkówżywienia się tu krwiobieg. Nadto pamiętać należy, że współcześnie ze skurczem jednych muszą następować rozkurcze mięśni antagonistów i *vice versa* — oczywiście więc, że tu i tam zależnie od stanu napięcia mięśniowego — zachodzą odpowiednie zmiany cyrkulacyjne, — aczkolwiek wręcz sobie sprzeczne co do czasu, jednoznaczne przecież w ostatecznym wyniku. Tak więc w ogólnym wyniku zwiększa się przyływ krwi tętniczej przy jednoczesnym wzmożeniu się zwrotnej fali krwi żyłnej obfitej w substancje zużyte, które ulegają wydaleni albo dalszej jeszcze przeróbce — ztąd i żywsza hematoza. Takie zachowywanie się naczyń objaśnia jednoczesne wzmożenie się sprawności serca i płuc — ich czynność żywszą, silniejszą i regularniejszą. O ile jednak skurcz mięśniowy, często powtarzający się, lecz krótkotrwały — drogą ciągłej przemiany — rozszerzenia i ucisku (opróżniania) żył — stanowi znakomity czynnik pomocniczy dla krwiobiegu powrotnego, o tyle jednak, jeśli przy *maximum* napięcia trwa on zbyt długo — stawia krwiobiegowi takiemu przeszkodę i to tem większą, im jest silniejszy i na większą grupę (liczbę) mięśni się rozszerza — wyłącza wtedy niejako z krwiobiegu pewną część układu żylnego (żył). Tą to właśnie okolicznością objaśnia się owo ogólne niedomaganie, tak zw. ogólne „rozbicie” czy „rozłamanie” (*courbature*) i „zadyszanie” (*essoufflement*). Przyczyną pierwszego zdaje się być pewnego rodzaju zatrucie elementów kurczliwych właśnie owymi substancjami zużytymi, mniej lub więcej obficie we krwi się znajdującymi i w porę nie wydalonymi, — przyczyną zaś zadyszania zdaje się być również nadmierne nagromadzenie we krwi produktów przemiany materii, dla których wydalenia czynność płuc w danej chwili okazuje się niewystarczającą —

ztąd raz wraz wzmagające się przyspieszenie ruchów oddechowych oraz uczucie niedomagania (*malaise*), jakim zaznacza się zetknięcie krwi hypertoksycznej z układem nerwowym.

Te to właśnie zjawiska (przejawy) wykazują użyteczność możliwie doskonałej repartycji wysiłku i przystosowania tegoż co do stopnia, siły i trwania do celu, mającego być osiągniętym.

Jeśli jednak wprawa taka łatwo może być nabyta przez ludzi skądinąd zupełnie zdrowych i dobrze znoszących rozmaite przykrości nieodłączne od jej okresu początkowego, to rzecz przedstawia się nieco inaczej, jeśli ma się do czynienia z ludźmi, dla których gimnastyka ma mieć zastosowanie jedynie lecznicze.

Gimnastyka lecznicza ma przedewszystkiem na celu rozwój należytej zdolności koordynacyjnej w czynności i wzajemnem oddziaływaniu na się rozmaitych narządów ruchu, a jednocześnie utrzymanie takiegoż stosunku między czynnością tych ostatnich a czynnością płuc i serca wśród rozmaitych warunków, a więc: gdy zdolność taka ze względów na obciążenie dziedziczne lub nabyte nie jest należyta lub nie prędko powraca; gdy czynności (funkcje) narządów mają się przystosować do nowych warunków ze względu na zmiany anatomiczne, w nich spowodowane bądź to skutkiem wypadków, bądź też spraw chorobowych; gdy niektóre percepcje, zwłaszcza te, które opierają się na zmysle mięśniowym, tak ważnym w kierowaniu oraz kontrolowaniu czynności, ulegają spaceniu; wreszcie w przypadkach *abulie*, kiedy chorym trzeba dowieść ich zdolności i sprawności w dokonywaniu tej lub owej czynności *resp.* wysiłku.

Pozatem gimnastyka lecznicza niepoślednie jeszcze oddaje usługi w przypadkach złożonych, gdzie percepcja, reakcja i wola wogóle znacznie szwankują, gdzie więc chodzi o stopniowy ich rozwój lub poprawę (idioci, nierozwinięci umysłowo).

O ile gimnastyka zwykła, że tak rzec, klasyczna, ma na celu raczej udoskonalenie fizyczne człowieka zdrowego, o tyle gimnastyka lecznicza stawia sobie za zadanie doprowadzenie osobnika, dotkniętego tem lub owem spaceniem niejako do stanu, w jakim pierwszy przystępuje już do ćwiczeń gimnastycznych — a więc metodyczne przeprowadzenie go przez wszystkie te okre-

sy, jakie osobnik zdrowy przebywa w swoim rozwoju prawidłowym. Niekiedy, podobnie jak u pierwszego, ma ona na celu kształcenie percepcji, reakcji i ideacji, niekiedy znów zwraca się w kierunku jednej z nich, a wtedy idzie o gimnastykę (albo raczej reedukację) ruchową, zmysłową lub narządową.

Jeśli nie brać w rachubę pływania, konnej jazdy, fechtunku, mocownictwa i t. d. wogóle różnych rodzajów sportu, które w słabej mierze albo wcale nie wchodzą w zakres właściwej gimnastyki — to ta obecnie redukuje się do pewnej liczby ćwiczeń z przyrządami lub bez przyrządów. Rozróżnia się więc obecnie:

1) Gimnastykę bez przyrządów, czyli francuską, polegającą na przybieraniu rozmaitych ustawień ciała (układu ciała i członków) na czas krótszy lub dłuższy, na ruchach t.j. na przejściu z jednych ustawień w inne, które mogą być albo zwykłe, proste (zgięcie, wyprostowanie), albo złożone (ruchy członków i tułowia), albo wreszcie na chodzeniu, bieganiu, skakaniu.

2) Gimnastykę niemiecką czyli z przyrządami, których celem jest zwiększyć opór przy wykonywaniu pewnych ruchów, i które jednocześnie stanowią czynnik w wyrobieniu zmysłu mięśniowego; tu więc wchodzą w grę drabiny, sznury, drągi, słupy, trapezy, obrączki, — które mi ćwiczący się posługuje się w woltyżu (*voltige*), stanowiącym kombinację mniej lub więcej częstych przejść od pozycji z oparciem do zawieszenia i naodwrot.

3) Wreszcie metodę szwedzką, polegającą na ustawieniach i ruchach, lecz której rysem znamionym i zasadniczym jest ograniczanie, stopniowanie skurezów mięśniowych, stopniowe kombinowanie oraz potęgowanie ich co do siły rozmiaru i obszaru.

Tutaj mięśnie, nie przyjmujące udziału w ćwiczeniu, muszą pozostać nieczynnymi bądź to skutkiem odpowiedniego ustawienia ciała, bądź też skutkiem zabiegów pomocnika, a przeszkody, stawiane ręką tegoż dokonaniu zaleconego ćwiczenia, mogą być stopniowane prawie do nieskończoności. Taka to właśnie metoda, zabiegami swoimi oddziałującą niejako kolejno na pojedyncze mięśnie — niemal na odzielne ich włókna i wprowadzającą w grę usilne podtrzymywanie uwagi i woli danego osobnika oraz zniewalającą go do drobiazgowego liczenia

się z mającym się dokonać zadaniem, — udoskonalając pojęcia przestrzeni, siły, stopnia wysiłku i t. d., zwolna, nieznacznie doprowadza szwankującego do stanu prawie normalnego. Z powyższych względów doskonale oddaje ona usługi u chorych sercowych, u których zazwyczaj skurez mięśniowy nieco dłuższy lub silniejszy łatwo już wywołuje uczucie duszności. Stosowanie tej metody u takich chorych przyspabia niejako ich narząd cyrkulacyjny do potrzeb ustroju, przytępia drażliwość ich serca i, ułatwiając jednocześnie krwiobieg obwodowy, sprzyja regulowaniu jego czynności *resp.* i prawidłowości rytmu jego uderzeń. Także niepoślednio usługi oddaje metoda ta u chorych, ze zmysłem mięśniowym tak szwankującym, że nie są oni zdolni do wykonania jakiegokolwiek prawidłowego ruchu bez kontroli wzroku. Tu zmysł ten nanowo niejako edukując, chroni ona zarazem chorego od rozmaitych przypadłości, jakich nienależycie odczute i ocenione zbytne zmęczenie stałoby się mogło powodem.

Z nowych metod, bardziej specjalnych i mniej często stosowanych, notuje tu autor trzy:

1) Metoda SCHREBER'a — jest właściwie gimnastyką pokojową, polega na projekcyjnych ruchach członków i tułowia w różnych kierunkach oraz na różnych ruchach głowy i szyi.

2) Metoda PICHÉRY'ego — tutaj rolę pomocnika — antagonisty ćwiczeń LING'owych zastępuje maszyna (zw. *Opposant*), składająca się z drabinek podwójnych, sznurów, osadzonych na sprężynach (tuby też można zaliczyć modne obecnie przyrządy SANDOW'a — także *Exerciser* i inne).

Wreszcie 3) metoda ZANDER'a. Tutaj używa się licznych i genialnie obmyślonych maszyn, zastępujących w czynności gimnastę metody szwedzkiej oraz jego pomocników. Maszyna taka utrzymuje danego osobnika w danej pozycji i albo działaniu swojemu poddaje ściśle określony odcinek jego ciała, albo też sama musi być przezeń w ruch wprowadzona — przy czem zwalczane być muszą pewne ściśle określone opory. Aczkolwiek metoda ta odpowiada metodzie LING'a i również zadość czyni wymaganiom tej ostatniej, trudno jednak stosować się dale w warunkach zwykłych, bądź to ze względu na rozmaitość potrzebnych do takich ćwiczeń maszyn, a tem samem na znaczne kosz-

ty, bądź też ze względu na to, że maszyna, jakkolwiekby doskonała była, pod względem dokładności i doskonałości miarkowania działania nie może zastąpić wprawnej ręki (pomocnika).

Wskazania do gimnastyki leczniczej *resp.* reedukacyjnej — za wyłączeniem przypadków ostrych tyczą się większości spraw chorobowych o charakterze przewlekłym. Znajduje więc ona zastosowanie: 1) W większości zaburzeń psychicznych, znamionujących się bądź niedostateczną percepcją wrażeń prostych (elementarnych), bądź zbyt ich potęgowaniem, bądź wreszcie brakiem logiki i miary w ocenie właściwego ich znaczenia. W zakres tej kategorii przypadków wchodzi: histerycy, neurastenicy, dotknięci stanem drgawkowym niektórych mięśni (*tic*), jękały i wreszcie do pewnego stopnia idioci i umysłowo należyte nie rozwinięci (*arriérés*). 2) W zaburzeniach ruchowych, w których prawie zawsze jeden czynnik

niesprawności przedmiotowo stwierdzony wklę się przyłączeniem niesprawności innych — podmiotowych — zależnych jedynie od niedostatecznego przystosowania się do nowych warunków — jak to często bywa w porażeniach (*paralysis*) rozmaitego pochodzenia.

3) W zaburzeniach umysłowych, w których także należy się starać o kompensacyjny rozwój czynności, pozostałych jeszcze prawidłowymi, i o możliwie jaknajwiększe spożytkowanie resztek tej, która już uległa zmianie. Tutaj zaliczają się przypadki *ataxiae*.

4) W zaburzeniach w czynności narządów wewnętrznych, jak serca, płuc.

5) Wreszcie sposób oddziaływania zabiegów gimnastyki leczniczej jest tak subtelny i naginający się, że z korzyścią daje się wyzyskać nawet w leczeniu zaburzeń percepcyjnych — narządów zmysłowych np. głuchoty.

(Archiv. gener. de Medecine N. 52—1905).

F. Gr.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

38. Max ROTHMANN. O przewodnictwie czucia w rdzeniu.

Doświadczałne prace ostatnich lat stworzyły panujący dotąd pogląd o roli dróg piramidnych, jako wyłącznych przewodników dowolnych pobudzeń ruchowych, które po zniszczeniu piramid innemi jeszcze torami potrafią przebiegać rdzeń. Autor, zasłużony na polu tych badań, zwłaszcza swemi doświadczeniami na małpach, stara się wyświecić sprawę przewodnictwa czucia w rdzeniu.

Z długich, prawie całą rozciągłość rdzenia przebiegających, anatomicznie wyodrębnionych, dośrodkowych torów znamy mniej więcej dokładnie dwa: pęczek tylny, otrzymujący włókna z tylnych korzeni, oraz pęczek mózdkowy, skła-

dający się z dwóch: grzbietowego (pęcz. FLECHSIG'a) i brzuszno (pęcz. GOWERS'a); w pęczek mózdkowy wstępują impulsy nie bezpośrednio, jak w pęczek tylny, lecz za pośrednictwem komórek substancji szarej. W ostatnich czasach zaczęto wyodrębniać i w przednich słupach pewne drogi dośrodkowe, które udało się wyśledzić już to aż do *thalamus opticus*, już to w okolicy jądra DEITERS'a. W każdym razie dane doświadczałne stwierdzają niepoślednią, dotąd zapoznaną rolę słupów przednich w sprawie przewodnictwa dośrodkowych impulsów. Prócz wymienionych drugich torów dośrodkowych, należy jeszcze mieć na uwadze liczne krótkie wewnątrzrdzeniowe włókna, przebiegające przeważnie w przednich i bocznych słupach, które,

połączone wzajemnie, tworzą łańcuchy mniej lub więcej doskonałych przewodników dla pewnych bodźców czuciowych.

Od czasu doświadczeń BROWN-SÉQUARD'a (1849 r.) zdawał się mniej więcej ustalonym pogląd o zupełnym lub prawie zupełnym skrzyżowaniu w rdzeniu przewodników czucia dotykowego, bólowego i ciepłotnego w przeciwieństwie do zmysłu mięśniowego, którego impulsy, podobnie jak pobudzenia ruchu dowolnego, biegną w rdzeniu po drodze nieskrzyżowanej. Jednakże doświadczenia późniejszych autorów dostarczyły dowodów, obalających poniekąd twierdzenia BROWN-SÉQUARD'a. MOTT na zasadzie swych doświadczeń na małpach przyszedł do wniosku, że przewodnictwo bólu i czucia gorąca jest obustronne, gdy czucie dotykowe i uciskowe okazują przeważnie nieskrzyżowane przewodnictwo, a zmysł mięśniowy tylko nieskrzyżowane. Również różnobrzmiące wyniki dały doświadczenia na zwierzętach i w sprawie lokalizacji w poszczególnych torach dośrodkowych przewodnictwa rozmaitych gatunków czucia. Ustalił się pogląd, że czucie bólowe i ciepłotne biegnie wyłącznie po słupach bocznych, i większość autorów pęczkowi GOWERS'a przypisuje odnośną rolę; od czasu SCHIFF'a tylne słupy są uważane za przewodniki czucia dotykowego; lecz doświadczenia BORCHERT'a, z których okazało się, że przecięcie ich nie wywołuje żadnych istotnych zaburzeń czucia, co najmniej dowiodło, że impulsy, biegnące wzdłuż tylnych słupów, dojść mogą do mózgu na innej jeszcze drodze. Autor, wychodząc z założenia, że przewodnictwo pewnego impulsu nie jest funkcją jednego tylko toru, lecz paru, zdolnych do wzajemnego zastępstwa, wykonał szereg doświadczeń na psach, a mianowicie, przecinał u tegoż samego osobnika na kilku posiedzeniach rozmaite systemy przewodników. Między innymi udało się przeciąć u jednego psa oba słupy boczne w 8 odcinku grzbietowym, oba tylne w 3 szyjowym, oba przednie w 1-szym. Doświadczenie to było pouczające i w tym względzie, że dowiodło możliwości przewodnictwa czucia nie wyłącznie po przewodnikach długich, albowiem okazało się, że tylne łapy zwierzęcia, choć pozbawione całkowicie łączności z mózgiem za pomocą długich torów, nie okazywały jednak zupełnego zniesienia. Z szeregu doświadczeń swych autor

mógł wysnuć wniosek, że u psa żaden gatunek czucia nie posiada wyłącznie skrzyżowanej lub wyłącznie nieskrzyżowanej drogi przewodnictwa; czucie dotykowe rozporządza jedną drogą nieskrzyżowaną w tylnym słupie, drugą skrzyżowaną w przednim, zniesione też zostaje całkowicie dopiero po zniszczeniu obu tych dróg, gdy tymczasem wyłączenie tylko jednej z nich pozostawia je prawie niedotkniętem. Impulsy czucia bólowego biegną przeważnie w słupach bocznych, w pewnej mierze i przednich; przewodnictwo skrzyżowane jest dominujące; pewne ślady czucia bólowego utrzymują się jednak nawet po przecięciu wszystkich długich torów, a więc za pośrednictwem szarej substancji przedostają się odnośne pobudzenia do właściwych przewodników, powyżej miejsca uszkodzenia. Dość równolegle z czuciem bólowym biegnie i czucie uciskowe. O czuciu termicznym u psów nie może autor wypowiedzieć zdania; według doświadczeń MOTT'a na małpach biegnie ono obustronne. Co się tyczy zmysłu mięśniowego, to w przewodnictwie rozmaitych jego składników przyjmują udział wszystkie 3 słupy, najmniej jednak tylny, najwięcej zaś boczny nieskrzyżowany, bardziej niż skrzyżowany. Czucie położenia i lokalizacji ulega zaburzeniu już po przecięciu jednego słupa bocznego, zaś zupełnemu prawie zniesieniu po przecięciu obu; wyrównanie jednak następuje stopniowo, dzięki słupom przednim, gdy tymczasem tylne w sprawie wyrównania żadnej prawie roli nie odgrywają.

Przechodząc na teren ludzkiej patologii, autor zaznacza i tutaj brak ustalonych poglądów zarówno na sprawę skrzyżowania przewodników czuciowych (taki DÉJÉRINE np. neguje je zupełnie), jak i na funkcję poszczególnych dróg dośrodkowych. Patologia rdzenia dostarcza przeważnie zmian rozlanych, skomplikowanych, dalekich od subtelnej ścisłości eksperymentu. Jedynie analiza przypadków ran kłutych rdzenia z dokładnem badaniem pośmiertnem może służyć ku wyświetleniu omawianych kwestyi. Z zebranych przez autora 70 przypadków tylko w 10 dokonano sekcji, a z tych tylko 2—3 mogą być zużytkowane jako cenne przyczynki do nauki o przewodnictwie czucia w rdzeniu. Autor zestawia dane kliniczne z wynikami mikroskopowego badania i przechodzi do następują-

cych wniosków, mniej więcej zgodnych z wynikami doświadczeń na psach. U człowieka skrzyżowanie przewodników czucia bólowego, zwłaszcza zaś termicznego, jest o wiele wybitniejsze, niż u wyższych ssaków; lecz twierdzenie o wyłącznym skrzyżowaniem przewodnictwem rzeczonych gatunków czucia jest błędne. Jeśli przeważna część przewodników czucia bólowego biegnie przez skrzyżowany przednioboczny słup, mniejsza zaś przez część przysrodkową nieskrzyżowanego przedniobocznego słupa, to jednak nie jest wyłączone, że pewną, co prawda podrzędną rolę w przewodnictwie czucia bólowego odgrywają i słupy przednie. Czuć ciepłote biegnie przeważnie przez skrzyżowany przednioboczny słup; wyrównanie odnośnego zaburzenia przy pomocy przewodników nieskrzyżowanych jest bardzo nieznaczne. Czuć uciskowe korzysta z przewodnictwa skrzyżowanego i prawie w tym samym stopniu nieskrzyżowanego; obok słupa bocznego wchodzi tu w grę słupy tylne i przednie. Czuć dotykowe posiada prawdopodobnie i u człowieka dwa tory: nieskrzyżowany w tylnych słupach, skrzyżowany w przednich; zgodnie z rezultatami doświadczeń na psach, jakkolwiek czuć dotykowe i uciskowe stanowią dwie odrębne funkcje, to pewien stopień czucia uciskowego jest niezbędny do wytworzenia wrażeń dotykowych. Wreszcie czuć położenia biegnie przeważnie po drodze nieskrzyżowanej, przez słupy boczne i tylne, a przede wszystkim przednie; jednakże po zmniejszeniu przewodnictwa nieskrzyżowanego drogi skrzyżowane mogą służyć ku pewnemu, dość znacznemu, jakkolwiek nie doskonałemu wyrównaniu odnośnego zaburzenia. Tak więc stare twierdzenie BROWN-SÉQUARD'a nie może być utrzymane w swej mocy ani względem wyższych ssaków, ani względem człowieka. Zarówno w przewodnictwie ruchu, jak i czucia istnieją drogi, mogące z mniejszą lub większą doskonałością wzajemnie się zastępować. Zwłaszcza w ściśle połowicznych uszkodzeniach rdzenia początkowe ciężkie objawy porażenia zarówno ruchowego, jak i czuciowego w następstwie ulegają znakomitej redukcji.

(Berlin. klin. Woch. 1906. N. 2—3).

S. B.

39. ROSENHEIM. Leczenie kamicy żółciowej.

Kamica żółciowa występuje w wielorakich postaciach klinicznych: mamy więc zwykle napady kolek żółciowych, chroniczne zapalenie pęcherzyka, czasami zakaźne zapalenie tegoż oraz dróg żółciowych, to znów zapalenie otrzewny lub nakoniec zatkanie *ductus choledochus*. Gdy jednocześnie dotknięte są organy jamy brzusznej, obraz kliniczny gmatwa się, a leczenie napotyka nowe trudności.

Co się tyczy patogenety, to zwrócimy przede wszystkim uwagę na statystykę: do 10% dorosłych cierpi na kamice, przyczem liczba ta zwiększa się z wiekiem; kobiety cierpią dwukrotnie częściej od mężczyzn.

Dwie przyczyny, działając równocześnie, wywołują kamice: zastój żółci i zakażenie bakteryjne, przeważnie z dwunastnicy. Zastój żółci widzimy najczęściej przy stanie zapalnym wąskiego i wężykowatego *ductus cysticus*. Ponieważ zaś stan dróg żółciowych zależy bezpośrednio od krwioobiegu wątroby, więc wszelkie choroby, wywołujące nienormalny obieg krwi w ogóle i zastój jej w wątrobie w szczególności, przyczyniają się do wywołania kamicy. Sama przez się nienormalna dyeta nie jest w stanie wywołać kamieni.

Jak wyżej nadmieniono, bezpośrednią przyczyną kamicy jest zastój żółci i zakażenie, jednakże tylko w 10% przypadków widzimy objawy choroby, gdyż przy powstawaniu kamieniom główną rolę gra charakter zakażenia i jego intensywność. Przy zastoju bakterie wywołują odczyn zapalny, rozprzestrzeniający się z pęcherzyka na drogi żółciowe.

Ostre napady bólu objaśnić należy zapalnym stanem pęcherza; czasami jednak przypuścić musimy skurcze ścian dookoła kamienia, szczególnie, gdy ból powstaje pod wpływem wzruszeń psychicznych i szybko mija. W każdym jednak razie bolesność okolicy pęcherzyka, trwająca długo zwykle po napadzie, wskazuje na przewlekły stan zapalny. Przy częstych obostrzeniach spotykamy cięższe postaci choroby (*hydrops*, *empyema*, *owrzodzenia* i t. d.) i komplikacje ze strony organów sąsiednich.

Nakoniec, co się tyczy umiejscowienia, to dodać winniśmy, że kamienie powstają prawie wyłącznie w pęcherzu, a w przewodach spoty-

kamy je dzięki skurczom mięśni pęcherza, wielkości nie większej zwykle, niż ziarno grochu.

Leczenie kamicy żółciowej powinno być przedewszystkiem zapobiegawcze i konserwatywne, gdyż po pierwsze, choroba często przebiega bez objawów bolesnych, a powtórę właściwie nie posiadamy żadnych środków swoistych, prócz zabiegu chirurgicznego. Celem naszym powinno być nie dać się rozwinąć formie skrytej, a wobec obostrzenia i bólów, starać się przywrócić przebieg łagodny. Środki żółciopędne stosować należy oględnie, gdyż, chociaż czasami dopomagają wydzielaniu się kamieni, to jednak jednocześnie wywołują zwyższe ich ruchy. Usuwać należy cierpienia przewodu pokarmowego. Wody mineralne mogą przynieść korzyść tylko w okresie skrytym, gdyż rozpuszczenie kamieni jest możliwe tylko w pęcherzu normalnym.

Przy ataku zalecamy przedewszystkiem spokój, następnie morfinę z dodatkiem 0,001 atropiny, ciepłe wilgotne okłady i obfitość ciepłych napojów. Po minięciu ataku (24–36 godzin) konieczny jest jeszcze przez czas pewien spokój, dyeta, czasami woda karlsbadzka. W okresie skrytym należy stosować kurację higieniczno-dyetetyczną. A więc przedewszystkiem wystrzegać się zastoju żółci, spowodowanego mechanicznym uciskiem na wątrobę; w tymże celu stosujemy gimnastykę i ruch, ale nader ostrożnie. Zalecamy ciepłe kąpiele, zimnych lepiej unikać, a w jesieni i na wiosnę wystrzegać się należy zaziębienia. Wielkie znaczenie posiada prawidłowa działalność przewodu pokarmowego. W tym też celu dyeta powinna być mierzana, pokarmy podawane często (do 5 razy dziennie), wystrzegać się należy wysokości tłuszczy i pokarmów surowych i ciężkostrawnych. Konieczny jest obfity dopływ ciepłych płynów (wody mineralne lub zwyczajne 55° C.); niemniej usilnie starać się należy o prawidłowy stolec, używając w razie potrzeby nawet rycyny lub wlewań.

Nie każdy chory, który po ataku kamicy powrócił do skrytego stanu choroby i podlega już tylko higieniczno-dyetetycznej kuracji, musi jeszcze poddać się koniecznie leczeniu wodą mineralną w zakładzie.

Wskazania do pobytu w zakładzie możemy streścić w sposób następujący. W przypad-

kach lekkich pobyt taki jest bezwarunkowo wskazany; po pierwsze, gdy chory nie może racjonalnie przeprowadzić kuracji w domu; po drugie, gdy w okresie względnego spokoju między napadami widzimy jednak żółtaczkę, bóle, kamienie w wypróżnieniu i t. d.; po trzecie przy niezbytach żołądka, gdy przy rozszerzeniu i niewydolności ruchowej wody mineralnej należy bezwarunkowo zaniechać.

W przypadkach ciężkich, to znaczy przy częstych atakach, należy zalecić przedewszystkiem spokój, który powinien polegać nie na kilkogodzinnem odpoczynku, lecz na leżeniu w łóżku w ciągu kilku dni, ewentualnie tygodni i stosowaniu gorących okładów i morfiny. Dopiero gdy choroba przybierze bardziej łagodny przebieg, podajemy wodę karlsbadzką i lekkostrawne pokarmy. Po 2–3 tygodniach chory wstaje, okłady jednak kontynuujemy.

Gdy wszystkie wyżej wymienione środki zawodzą, pozostaje jeszcze operacja; jest to jednak zabieg trudny, dający nawet w dobrych rękach 3–5% śmiertelności; odsetka ta zwiększa się przy komplikacjach i ropnych lub wrzodzących zapaleniach pęcherza. To też, nim przystąpić do operacji, probujemy jeszcze życia lekarstw.

Ze środków lekarskich stosujemy jodek potasu 0,5–1,0 *pro die*, folgując co pewien czas; rtęć, nawet gdy niema w anamnezie przymiotu podajemy w postaci sublimatu; kwas salicylowy na koniec i oliwa, jakoteż jej preparaty nie mają podług autora wielkiej wartości leczniczej.

Bezwarunkowe wskazania do operacji posiadamy podług autora w następujących przypadkach. Po pierwsze, przy ostrem zakaźnym zapaleniu pęcherza, gdy towarzyszy silny ból i gorączka, istnieje niebezpieczeństwo zapalenia otrzewny; powtórę przy chronicznym wysięku ropnym i sprawach ropnych wątroby lub dookoła niej. Po trzecie, przy zamknięciu światła *ductus choledochus*, bez względu na to, czy mu towarzyszy zapalenie drobnych dróg żółciowych, czy też nie. Bezpośredni wskazaniem do operacji są silne dreszcze, gorączka zwalnająca i żółtaczka. Nigdy nie należy w podobnych przypadkach zwlekać z operacją dłużej, niż *maximum* 3 miesiące, gdyż zachodzi niebezpieczeństwo choleмии. Należy jednak zwrócić uwagę, że właśnie w tej formie kamicy le-

czenie karlsbadzkie czasami przynosi ulgę nawet w bardzo krytycznem położeniu. Po czwar-
te, zrosty dookoła pęcherza, którym częstokroć
towarzyszą silne bóle; tutaj jednak nierzadko
sam spokój koi cierpienie. Nakoniec wspomni-
my *hydrops vesicae felleae*, zawrót, spowodowany
kamieniem żółciowym w dwunastnicy, i zmiany
patologiczne w trzustce.

Gdy więc znamy wskazania do operacyi
i wiemy, jaką prognozę posiada ten zabieg, roz-
strzygać będzie odpowiedź, co niebezpieczniej-
sze: choroba, czy też operacja, gdyż chociaż nie
zawsze uwalnia ona chorego od cierpień, to jed-
nak w przypadkach ciężkich przynosi ulgę zwy-
kle czasową lub stałą.

(Deutsche med. Woch. 1905. N. 41).

Henryk Goldberg.

40 OHM. Przypadek odmy piersiowej
(pneumothorax) z porażeniem nerwu wstecz-
nego (n. recurrens).

Autor czyni krótki przegląd zebranych
przez ALEKSANDR'a kilku rzadkich przypadków
jednostronnego porażenia n. *recurrentis*. W wię-
kszości z nich, jak to sekcyja stwierdziła, chodzi-
ło o ucisk nerwu wstecznego między rozszerzo-
nym przedsionkiem lewym *resp.* rozszerzoną i ku
przodowi oraz ku górze przesuniętą tętnicą płuc-
ną a łukiem aorty lub więzmem BOTALL'a, który
w jednym przypadku pozostał niezarośnięty i był
znacznie rozszerzony. Rozszerzenie przedsion-
ka lewego ewent. z przemieszczeniem tętnicy
płucnej w większości przypadków było rezulta-
tem wady zastawki dwudzielnej *stenosis mitra-*
*lis*¹⁾).

W jednym przypadku chrypka zwiększała
się przy położeniu chorego na lewym boku oraz
w pozycji pochylonej ku przodowi.

Przypadek autora dotyczył suchotnika, u
którego nagle wystąpiło silne klucie w prawym
boku oraz duszność niezwykła. Na trzeci dzień
zjawiała się silna chrypka. Badanie wykryło
wyraźne objawy prawostronnej odmy piersio-
wej ze znacznem przemieszczeniem serca na le-
wo, a wątroby ku dołowi. W krtani stwierdzo-
no jedynie zupełną nieruchomość lewej struny

głosowej. Po zdrenowaniu prawej jamy opluc-
ny, prawe płuco dość szybko zaczęło się rozprę-
żać, a jednocześnie stopniowo zmniejszało się
przemieszczenie serca. Już na 3 dzień po rze-
czonym zabiegu chory mógł lepiej głos wydo-
być, a laryngoskop stwierdził pewien powrót ru-
chów lewej struny głosowej, wreszcie głos stał
się prawie normalnym, a porażenie struny po-
zostało minimalne. Chory jednak wkrótce
zmarł. Sekcyja stwierdziła prawostronny *pno-*
pneumothorax, zmiany gruźlicze w prawym plu-
cu; pomiędzy lewym nerwem wstecznym a głów-
nem lewym oskrzelem dwa gruczolę oskrzelowe
wielkości bobu. Nerw wsteczny makroskopowo
przedstawiał się normalnie, pod mikroskopem
nie zdradzał również żadnych zmian degenera-
cyjnych. Wobec braku tętniaka aorty, guza
śródpiersia, raka przełyku — zwykłych przy-
czyn porażenia nerwu wstecznego — głównie
zaś na zasadzie przebiegu porażenia, to ostatnie
tłumaczy się nadmiernem rozciągnięciem nerwu,
spowodowanem przez znaczne przemieszczenie
serca, a wraz z niem i łuku aorty, wokoło które-
go owija się lewy nerw wsteczny. Przypusz-
czenie uwięźnięcia nerwu między dwa powięk-
szone gruczolę oskrzelowe nie godziłoby się z
przebiegiem porażenia oraz z tym faktem, że na-
wet mikroskopowe badanie nie wykryło żadnych
zmian w nerwie.

(Berl. klin. Woch. 49—1905 r.)

S. B.

41 LUBLIŃSKI. Pneumothorax a pora-
żenie nerwu wstecznego.

Jako pendant do powyżej streszczonego
artykułu, podaje autor zupełnie analogiczny
przypadek. 28-letni nauczyciel, który dotąd
nigdy na chrypkę nie chorował, dostaje nagle
podczas szybkiego wstępowania na schody
gwałtownej duszności, jednocześnie głos staje
się bezdźwięcznym. Badanie wykrywa prawo-
stronną odmę piersiową, znaczne obniżenie wą-
troby i przesunięcie tępości serca w stronę le-
wą w tym stopniu, że uderzenie wierzchołkowe
wyczuwa się w linii pachowej. Laryngoskop
stwierdza nieruchomość lewej struny głosowej
o lekko wygiętym brzegu, ustawionej w linii
środkowej. Szczęśliwym trafem, przebieg był
nader pomyślny, prawdopodobnie wskutek szyb-
kiego zamknięcia się otworu dla ujścia powi-

¹⁾ Analogiczny sekcyjny przypadek podaje Fri-
schauer w Wiener klin. Woch. pod tytułem: „Recurrent-
lähmung bei Mitralstenose (przyp. sprawozd.)

trza; do wysięku sprawa nie doszła; po dwóch dniach struna głosowa już wykonywała pewne ruchy, a po 8, w czasie których ustąpiły objawy odmy a wraz z nimi wróciło do normalnego położenia przesunięte serce, *resp.* i łuk aorty, głos odzyskał normalne swe brzmienie, a wziernik krtaniowy stwierdził prawidłową ruchomość lewej struny głosowej.

(Berlin. klin. Woch. 1—1906 r.)

S. B.

42. H. VÖRNER. Nadmanganian potasu jako środek powstrzymujący krwawienie (*haemostaticum*).

Do rzędu środków zewnętrznych, nadających się do tamowania upartych niekiedy krwawień po drobnych operacjach, zalicza autor stosowany przezeń już od roku z górami w takich razach — nadmanganian potasu — który szczególnie się zaleca ze względu na swą skuteczność, szybkość działania, łatwość stosowania oraz taniość. Doskonale oddawał on mu usługi w przypadkach wycinania brodawek, ostrych łepięży, brodawczaków, znamion oraz innych drobnych nowotworów skóry. Notuje też V. wyborny skutek od posługiwania się tymże nawet w przypadku krwawienia *post ablationem penis carcinomatosi*, w przypadku brodawczaka (*papilloma*) na miękkim podniebieniu, w krwawieniach po przecięciu *frenulum*, w krwawieniach z jamy nosowej, wreszcie w przypadkach małych owrzodzeń i powierzchni nienależycie ziarninujących i ropiejących — te pod jego wpływem szybko się blizną zaciągają.

V. stosuje nadmanganian bądź w zgęszczonym roztworze wodnym, bądź w postaci bardzo miążkiego proszku, otrzymanego z roztarcia z krzemionką (Kieselguhr), bądź wreszcie w postaci pasty — (1 cz. *kali hypermanganici* + 2 cz. *Unguenti parafini*).

Technika jest bardzo łatwa. Po uciśnięciu miejsca krwawiącego wacikiem, nakłada nadmanganian potasu w jednej z powyżej wymienionych jego postaci. Przy cięższych krwawie-

niach już jednorazowe nałożenie wystarcza, — w upartych zabieg wypadają niekiedy wielokrotnie powtarzać i stosowany preparat silnie do krwawiącej powierzchni przyciskać. Miejsce stosowania pod wpływem środka tego przyjmuje ciemnobrunatne, prawie czarne zabarwienie. Ze względów kosmetycznych, o ile znajduje się ono na twarzy i wogóle na częściach ciała widocznych, można je pokryć plastrem cynkowym. Uczuci palenia, jakie użyty przetwór na miejscu swojego zastosowania zwłaszcza u chorych wrażliwych wywołuje, można zapobiedz albo drogą uprzedniego zastrzyknięcia pod skórę środka znieczulającego tuż w okolicę *loci affectionis*, albo też przez posypanie miejsca krwawiącego po zabiegu kilkoma drobkami kokainy.

Jeśli skórę królika, uległego takiemu miejscowemu działaniu nadmanganianu, poddać badaniu drobnowidzowemu, to stwierdzić się daje, że łącznotkankowe jej elementy silnie zabarwione brunatno w cienkiej warstwie wyraźnie różnić się dają, przypomina ona niejako skórę garbowaną. Czerwone ciała krwi przyjmują postać czerwonych, twardych, niby spieczonych tworów. Na nabłonek pasta prawie że zupełnie nie oddziałuje — proszek o wiele silniej. Ten ostatni poza oddziaływaniem silnie ściągającym (*adstringens*) odznacza się też działaniem zlekka nekrotyzującym.

Z powyższych względów autor przeważnie posługuje się pastą — zwłaszcza, że ewentualny nadmiar jej bez szkody za pomocą oliwy usunąć się daje. (Woda w takich razach użyta sprzyjałaby jedynie rozpuszczeniu nałożonego nadmanganianu *resp.* ponownemu krwawieniu). Zdaniem autora *kali hypermanganicum* w ten sposób użyte stanowi najsilniejszy (?) obecnie zewnętrzny środek krwawieniu tamujący (*haemostaticum*)*).

(Münch. medic. Woch. N. 38. 1905 r.).

*) Pastę w tutkach cynowych przygotowuje firma Riedel — w Berlinie. Cena 60 — 70 f.

F. Gr.

Odpowiedzi Redakcyi.

D-rowsi X. przesyłamy — na skierowane przez niego do redakcyi listowne, z dnia 14 b. m. i r. pytania — następujące odpowiedzi:

Co do 1-go pytania: Ojciec, dotknięty przymiotem dziedzicznym, może przekazać przymiot swemu potomstwu; ewentualnie więc może być „winny poronieniom u swej żony”¹⁾.

Co do 2-go pytania: Dzieci rodziców, dotkniętych przymiotem, mogą być zupełnie wolne od tej choroby; nie jest więc „koniecznym, aby w ich organizmie krążył jad syfilityczny, chociażby nie było u nich żadnych widocznych objawów przymiotu”.

Uwaga. Z powyższą odpowiedzią łączy się pośrednio tak zw. prawo PROFETA’y, mocą którego przymiot rodziców działa na zdrowo urodzone dziecko uodparniająco, które to prawo odnosi się głównie do przymiotu macezynego — a i od tego zdarzają się wyjątki.

Co do 3 i 4-go pytania: „Mężczyzna, zrodzony z ojca syfilityka, bez wyraźnych jednak oznak choroby”..... może pomimo to przekazać swemu potomstwu przymiot, gdyż osobnik taki może znajdować się — i to bardzo długo — (podług FOURNIER’a lat 40 — i więcej) w okresie utajenia (*stadium latentiae*) tak zw. przymiotu dziedzicznego późnego (*syphil. hereditaria tarda*) — i od przekazywania choroby potomstwu — zarówno jak i przy przymiocie nabytym — nie jest wolny; a zatem i przyczyną poronień stać się może²⁾.

¹⁾ Zdania w cudzysłowach przytoczone są dosłownie z listu zapytującego D-ra X.

²⁾ Pomimo to, że wielu syfildografów (Kassowitz, Szadek i inni) odmawia nasieniu (sperma) możliwości przenoszenia zarazki przymiotowego na potomstwo, to jednak opinie przeciwne są dotąd ogólniej przyjęte.

Co do 5-go pytania: „Istnienie u danego osobnika na piersiach plam, podobnych do leukoderma, obok dość licznych strupków, pochodzących od drapania (na skutek swędzenia), i nieznaczne powiększenie gruczołów chłonnych”..... nie może służyć w danym przypadku za dowód istnienia wrodzonego przymiotu, z powodu nie dość dokładnego i przekonującego opisu powyższych objawów; albowiem *leukoderma syphiliticum* ma swoje — prawie wyłącznie uprzywilejowane — umiejscowienie na karku i okolicy łędzwio-krzyżowej i, stanowiąc odbarwienie skóry po wysypkach drugorzędnych — zbyt jaskrawo od zdrapań się wyróżnia brakiem blizn — oraz swoją formą okrągłą, gdy zdrapania mają formę podłużną, nieregularną i są odbarwione tylko wskutek istnienia tkanki bliznowej.

Co zaś do „nieznacznego powiększenia gruczołów chłonnych”, to okoliczność powyższa tem mniejsze może mieć w tym przypadku znaczenie, że idzie tu o przymiot dziedziczny, przy którym gruczoły chłonne mniejszą odgrywają rolę, gdyż zarazek szerzy się tu nie drogą gruczołów — a za pośrednictwem krwi.

Co do pytania 6-go: „Czy należy takiego osobnika leczyć rtęcią — a także żonę jego, gdy znowu w ciążę zajdzie?”..... W obec tego, co się powyżej powiedziało — a w szczególności: że istnienie przymiotu dziedzicznego w stanie utajenia nie daje się u danego osobnika na pewno wykluczyć — i gdy w danym przypadku poronienie nie było jednorazowe, to tak mąż, jak i żona leczeniu rtęciowemu powinni być poddani i to bezzwłocznie t. j. przed ponownem zajściem w ciążę.

Istniejący od roku 1890

Dom Zdrowia D-ra K. DOBRSKIEGO

w Warszawie, Aleja Róż 10
przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszel-
kiego rodzaju z wyjątkiem umysłowych.



EUCHININ.

Pozbawiona gorzkiego smaku chinina.
Działa tak samo, jak chinina przy Febrze
Influenzy, Malarii, Koklusz i Neuralgii

VALIDOL.

Środek energiczny, przytem nie rozdrażniający
Analeptyczny, Anti-Histeryczny, Anti-
Neurasteniczny i Żółdkowy: przez tego-
dobry środek przeciw chorobie morskiej.

KAMFORA VALIDOLOWA.

(Validol camphoratum).

Środek wybitny Pobudzający w ciężkich
przypadkach wycieńczenia; przez tego niez-
będny w praktyce leczenia zębów.

Próby i literaturę wysyła się P. p. lekarzom
bezpłatnie na żądanie.

iv

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-
Nackiego, Gromadzkiego, Jaskiowskiego.
Kuniewicz, Natanson, Rytki, Thieme-
go, Tyrchowskiego i Winawera. Przyj-
muje osoby, dotknięte chorobami ko-
bieciami, jako też spodziewające się słab.,
za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za
całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Nowa katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko



Sprzedaż wszędzie. Hurtowa

WARSZAWA

Marszałkowska Nr. 137, telefonu 605

Fabryki produktów farmaceutycznych i chemicznych

„LAMBIOTTE FRÈRES”

Paris—Bruxelles

Chloroformium purissim.
pro anaesthesiam.

Creosotum fagi puriss.

Creosotum carbonicum.

Guajacolum carbonicum.

Guajacolum absol. puriss
et crystall.

antituberculosa

Guajacolum phosphoric.

Phosote przeciw gruźlicy
płuc

Taphosote (*Creosotum*
tannophosphoricum).

Creosoform (środek za-
stępujący jodoform bez-
wonny i nietrujący).

Guajaform.

Tannocreosoform.

Arhine przeciwko ozae-
nie.

Produkty firmy „Lambiotte Frères” dostać można we wszystkich aptekach, i skła-
dach aptecznych

Generalna reprezentacja i skład:

Dr. B. Löwenstein

Laboratorium
techn.-chemiczne

Warszawa, Bracka 4 (telef. 2533)

Cenniki, próby i literatura na żądanie FRANCO—GRATIS.

Paris 1900 — Grand Prix.

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA**
Własność państwowa francuska*Należy dobrze znać nazwę przepisaną niżej.***VICHY CÉLESTINS**Staboci żółdka,
pęcherza,
ciężkich wkrzyśach, podagra, cukrzyca.**VICHY GRANDE-GRILLE**

Staboci wątroby i organów które wydzielają.

VICHY HOPITALStaboci żółdka i
kiszekWytwarzany ze soli naturalnej otrzymanej
z wody.**PASTILLES VICHY-ÉTAT**

Można trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydająco jednej szklanki wody
alkalicznej razowe do łatwiejszego trawienia.**Wiesbaden**

Leży w prowincji Hessen Nassau, w pobliżu Renu jest zwiedzane przez cały rok przez licznych gości kąpielowych i podróżnych szczególnie przez Rosyjan jako międzynarodowe miejsce kąpielowe, i stacja ochronna. Nadaje się szczególnie dla rekonwalescentów potrzebujących wypoczynku.

Cieplice - słone 49—66° Celsjusza.**Wskazania:** PODAGRA, reumatyzm, choroby stawów, złamania kości, zranienia, porażenia neuralgie, szczegóły. ischias, choroby narządów oddechowych i trawienia, opóźniona rekonwalescencya szczegóły. po gryfie.

Prospekty darmo

Miejski zarząd kąpielowy.

Frekwencya większa niż 150.000 obcych.

Liczne rozrywki dla amatorów sztuki i przyrody tanim kosztem.

**Racyjne le-
czenie fosforem****RHOMNOL**

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

NA ZASADZIE CZYSTEGO KWASU NUKLEINOWEGO, PRZYGOTOWANEGO PRZEZ
D-RA LEPRINCE $C^{40}H^{54}Az^{14}O^{27}P^4$ **WSKAZANIA:** Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—Anemia—Uwiąd starczy.

Dawka: 4—10 pigułek dziennie po jedzeniu D-r LEPRINCE 62, rue de la Tour Paris (16).

DO NABYCIA W WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.**ZAKŁAD CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNY**

i

Pracownia przyrządów ortopedycznych.

D-ra Reichsteina, Leszno 31, telef. 4217.

YOHIMBIN SPIEGEL

środek przeciwko przedwczesnemu osłabieniu nerwowemu.

ZAKŁAD

wodolecznicy

Giesshübl - Sauerbrunn

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia

Giesshübler'u

Mattoni'ego.

Najlepszy napój dyetetyczny i orzeźwiający

Wyborny dla dzieci i rekonwalescentów.

Henryk Mattoni

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER

najczystsza
woda mineralna

SZCZAWA-ALKALICZNA

LE VALERIANATE de PIERLOT

(Waleriano kwaśny amoniak Pierlot.)

Działa uśmierzająco przy chorobach nerwowych jak:

NEUROZY

NEWRALGIE

NEURASTENIE

DOZA 2 lub 3 łyżeczki od herbaty, rano i wieczorem do 1/4 części szklanki wody ocukrzoney.

LITERATURA: Bouchardat, Tr. Pharm., strona 300.

Gubler, Com. du Codex, strona 813. Trousseau, Thérap., page 214.

Charcot, Cliniques de la Salpêtrière.

Lancelot et Co. Rue St. Claude, Nr 26, Paris.

Główny przedstawiciel na całą Rosję W-ny P O M M I E R.

St. Petersburg, Sergiejewska Nr. 17.

Składy w St. Petersburgu: Sztol i Szmidt, ulica Gogola № 11,
i w Rosyjskiem Towarzystwie Farmaceutycznym, Kazańska № 12.

Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształły

Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla podbudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diaz tezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody sełcerskiej: Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece **E. TREUTLERA**
Nowy-Swiat Nr. 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

Creosotal

CREOSOTAL „HEYDEN“ jest najskuteczniejszym antiptisikum; podawać naprzemian z duotalem. Bardzo wybitny środek jako wewnętrzne antiskrofulosum. W dużych dawkach (10—15 g. dziennie, dzieciom 1—6 g. w 4 częściach) pewnie i szybko działający środek we wszystkich ostrych chorobach dróg oddechowych począwszy od najprostszyc postaci w skutek zaziębienia aż do najbardziej powikłanych pneumonii. CREOSOTAL „HEYDEN“ posiada czyste działanie lecznicze kreozotu wolne od niszczącego żrącego działania ubocznego.

Collargol

COLLARGOL jest znakomitym lekiem w chorobach septycznych, szczególnie w septycemii i sprawach puerperalnych jak również zapobiegawczy środek przeciw gorączce puerperalnej. W roztworze do stosowania wewnętrznego, przez odbytnicę do wewnątrz, jako „unguentum Credé“ do wcierań. Również do leczenia ran i do przepłukiwania pęcherza. Tabletki po 0,05 i 0,25 g.

Próby i literaturę dostarcza:

Chemiczna Fabryka von Heyden, Radebeul — Dreżno, lub Przedstawiciel Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.