

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka słów w sprawie zaopatrywania miast w wodę zdatną do picia. Podał Wł. Palmirski. O wartości leczniczej antinerviny. Podał August Kosiński. — **Bibliografia i krytyka.** Choroby kiszek. Omówił Henryk Pacanowski. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 1 maja r. b. — **Streszczenia i Wyciągi.** 62. Przegląd porównawczy zmian rdzeniowych w porażeniu postępującem i wzdzie. — O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc kwiecień r. b. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r W. Palmirski — Quelques remarques à propos de l'approvisionnement des villes en eau potable. 2) D-r A. Kosiński — De la valeur thérapeutique de l'antinervine.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Palmirski — Zur Versorgung der Städte mit trinkbarem Wasser. 2) D-r A. Kosiński — Ueber den therapeutischen Werth des Antinervins.

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

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Kilka słów w sprawie zaopatrywania miast w wodę zdatną do picia

podał **Wł. Palmirski.**

Ze stanowiska higieny dopuszczalna jest tylko taka woda, która nie posiada własności zgubnych dla zdrowia. Jak wiadomo, każda woda w przyrodzie zawiera w sobie obce części składowe i to najczęściej w roztworze; zachodzi więc pytanie, czy składniki te są szkodliwe same przez się, czy też nastęrczają podejrzenie, iż dostały się do wody wśród okoliczności, mogących uczynić ją szkodliwą. Dawnemi czasy, przy ocenianiu wartości wody całą uwagę zwracano jedynie na składniki mineralne, znajdujące się w wodzie; materye organiczne były uważane za nieszkodliwe. Dopiero LIEBIG pierwszy zaczął przypisywać materjom organicznym zdolność do fermentacji i wywoływania pewnych chorób. Od tej chwili przy ocenie wody brano pod uwagę zarówno składniki mineralne, jak i organiczne. Z postępem nauki i ocena wody do picia uległa różnym zmianom. PASTEUR, obalając poglądy LIEBIG'a o fermentacji i gniciu, dowiódł, że materye organiczne zachowują się w tych sprawach biernie, natomiast czynnie występują drobnoustroje. Od tej chwili ilość bakterii w 1 ctm. sz. wody i jakość ich odgrywają coraz większą rolę. Dowolnie przyjmowane cyfry ilości amoniaku, kwasu azotowego, azotawego i materyi organicznych coraz ustępują przed ściślejszą próbą oznaczania nie produktów, ale samych wytwórców tych produktów. Nie produkty bowiem powyższe, znajdujące się w drobnych ilościach, lecz zarazki mogą być

szkodliwe. Wobec faktów, bezsprzecznie stwierdzonych, że zanieczyszczona woda może być przyczyną wybuchu i szerzenia się chorób zakaźnych (tyfus, cholera), dostarczanie ludności dobrej i wolnej od zarazków wody do picia, ze stanowiska ochrony zdrowia publicznego, staje się kwestyą nader żywotną. Obecnie uważamy taką wodę za dobrą, która, obok niezbyt wielkiej twardości i niezbyt znacznej ilości chlorków i części organicznych, zawiera mniej niż 100 bakterii w 1 ctm. sz. (Koch). Oczywiście jedynie liczba 100 nie może być rozstrzygającą; należy zwracać jeszcze uwagę na jakość bakterii: czy pomiędzy nimi nie ma szkodliwych, w tych bowiem przypadkach liczba ta może być wyższą bez szkody.

Nie ulega wątpliwości, że przy zaopatrywaniu miast w wodę należy oddać pierwszeństwo wodom źródłanym. Nie wszystkie jednak miasta posiadają odpowiednie źródła. Warszawa np. jest ich pozbawiona, wskutek czego zaopatruje się zapomocą wodociągów w wodę rzeczną, filtrowaną przez filtry piaskowe. Na dowód wielkiej doniosłości dla ochrony zdrowia publicznego, jaką odgrywa woda filtrowana przez filtry piaskowe, dość przytoczyć spostrzeżenia, jakie zrobiono w Niemczech podczas ostatniej epidemii cholery azjatyckiej w Hamburgu i Altonie. Miasto Hamburg otrzymuje wodę niefiltrowaną powyżej z rzeki Elby, Altona — wodę filtrowaną poniżej z tejże rzeki. Jak wiadomo, w Hamburgu cholera srożyła się bardzo, w Altonie zaś były tylko sporadyczne przypadki zawleczone z Hamburga. Warszawa posiada względnie dobrą wodę filtrowaną. Woda wiślana, filtrowana od 12 marca do 12 maja r. b., zawierała od 10 do 40 bakterii w 1 ctm. sz. wprost z filtrów i od 15 do 50 — w rurach wodociągowych. Liczby te ulegają wahaniom jedynie podczas przyboru Wisły. Ilość bakterii w 1 ctm. sz. wody filtrowanej bywa wtedy większa, niż 270, 400, a nawet 800; toż samo zjawisko spostrzegamy i w rurach wodociągowych. W przyszłości, z urządzeniem nowych osadników i powiększeniem ilości filtrów, filtry miejskie będą odpowiadały nowoczesnym wymaganiom w ścisłym znaczeniu tego słowa. Praga i inne przedmieścia m. Warszawy znajdują się w bardzo niekorzystnych warunkach pod względem zaopatrywania się w wodę. Z braku wody wiślanej filtrowanej, muszą się one zaopatrywać w wodę studzienną lub w wiślaną niefiltrowaną. Wody studzienne rzadko kiedy odpowiadają warunkom, wymagany od dobrej wody do picia. Że wody studzienne rzeczywiście w wysokim stopniu są zanieczyszczone produktami rozkładu odpadków ludzkich i zwierzęcych, przekonywują nas dane z dokonanych 753 badań wód studziennych przez d-rów: NENCKIEGO i KARPIŃSKIEGO¹⁾.

W 1889 roku, pracując na stacyi higienicznej m. Warszawy wspólnie z prof. BUJWIDEM i bratem swym (J. PALMIRSKIM), dokonaliśmy około 200 badań wód studziennych m. Warszawy i przedmieść. Wyniki badań wypadły bardzo niepomyślne. Obok mniejszej lub większej twardości, badane wody zawierały chlorków (obliczonych na NaCl) w litrze od 0,12 grm. do 1,5 grm., ilość tlenu i nadmanganianu potasu, potrzebna do utlenienia ciał organicznych, zawartych w litrze wody, wynosiła od 0,004 do 0,025 grm., nadto prawie wszystkie wody zawierały jeżeli nie amoniak, to kwas azotny lub azotawy w większych lub mniejszych ilościach. Ilość bakterii w 1 ctm. sz. wody wynosiła od 400 do 15000. Krótki ten rys charakteru wód studziennych zapo-

¹⁾ Kilka słów o oczyszczaniu wody. Gazeta Lekarska N-r 12 i 13 1894 r.

znaje czytelnika z małą wartością ich do użytku codziennego. Przejdźmy do Pragi. Mieszkańcy Pragi przeważnie posiłkują się wodą wiślaną niefiltrowaną. O ile woda wiślaną niefiltrowaną odpowiada wymaganiom higieny pod względem bakteryologicznym, wyjaśni nam zestawienie analogicznych danych, dotyczących się wody, jakiej używają mieszkańcy m. Warszawy, z danemi, otrzymanemi z badań wody rzeki Wisły.

TABLICA I.

Ilość bakterii w 1 ctm. sz. wody.			Ilość bakterii w 1 ctm. sz. wody.		
Data			Data		
1894 r.	Ze zbiornika na stacyi filtrów.	Z Wisły na stacyi filtrów.	1894 r.	Ze zbiornika na stacyi filtrów.	Z Wisły na stacyi filtrów.
2 Stycz.	30	540	1 Lutego.	30	4800
3 "	25	570	2 "	24	3820
4 "	40	600	3 "	48	3300
5 "	40	660	4 "	66	3560
6 "	25	640	5 "	40	7200
7 "	35	660	6 "	58	10000
8 "	30	670	7 "	45	13000
9 "	24	560	8 "	80	14500
10 "	26	840	9 "	280	20500
11 "	22	750	10 "	525	25700
12 "	30	1100	11 "	725	31300
13 "	45	1870	12 "	650	24200
14 "	40	1540	13 "	575	25600
15 "	40	1940	14 "	375	18500
16 "	18	1980	15 "	75	9500
17 "	80	4800	16 "	50	5870
18 "	250	20500	17 "	75	3320
19 "	500	12340	18 "	75	5400
20 "	450	4600	19 "	50	2060
21 "	240	3800	20 "	64	1650
22 "	140	3780	21 "	75	1300
23 "	50	1570	22 "	65	1120
24 "	70	1700	23 "	43	600
25 "	100	2850	24 "	27	635
26 "	90	2300	25 "	30	500
27 "	70	1500	26 "	22	560
28 "	27	1480	27 "	24	530
29 "	15	1520	28 "	24	580
30 "	22	1880			
31 "	55	2400			

Przy badaniach posiłkowałem się zwykłą bulionową żelatyną i płytkami PETRI'ego. Jednocześnie były dokonywane 2 próby; otrzymane przeciętne podane są w niniejszej tablicy. Dane te jedynie względne mają znaczenie w ocenie wody, jakiej używają do potrzeb codziennych mieszkańcy Pragi, ponieważ była badana woda z Wisły i ze zbiornika na stacyi filtrów miejskich na Koszykach. Inne wyniki otrzymujemy, badając jednocześnie wodę z rur wodociągowych m. Warszawy i Pragi, o czem przekonywa nas następująca tablica.

T A B L I C A I I.

Data	Ilość bakterii w 1 ctm. sz. wody.		
	z Pragi (ul. Brukowa).	z Warszawy (ul. Bednarska).	z Wisły na stacyi filtrów.
1894 r.			
14 Kwiet.	2800	32	350
16 "	8200	17	—
17 "	10700	15	—
18 "	14300	13	—
19 "	7300	16	—
21 "	4650	16	80
23 "	3500	18	—
24 "	2360	13	—
25 "	3750	14	—
26 "	1000	16	—
27 "	2100	24	—
28 "	1200	15	650
30 "	—	22	—
1 Maja	2460	30	—

Porównyując te dane, widzimy różnice wód m. Warszawy, Pragi i Wisły na stacyi filtrów. Nadto należy zauważyć, że badania bakteriologiczne były dokonywane wtedy, kiedy wody Wisły są stosunkowo najczystsze; gorsze wyniki otrzymalibyśmy podczas przyboru rzeki. Chemiczne badanie wody z rur wodociągowych na Pradze wykryło drobne ślady kwasu azotnego i azotawego. Obecność kwasu azotnego i azotawego nie powinna nas zdziwiać, jeżeli uprzytomnimy sobie, skąd czerpie wodę smok dla mieszkańców Pragi. Wszak w niedalekiej odległości od smoka praskiego przy wale mamy rzeźnię, nic więc dziwnego, że część produktów z odpadków zwierzęcych dostaje się do rur wodociągowych.

Wobec coraz częstszego znajdowania zarazków chorobotwórczych w wodzie, a bardziej jeszcze skutkiem istotnego związku, jaki wykazać się daje między wybuchem epidemii, a zanieczyszczeniem wody przez wydzieliny chorobowe, z upragnieniem powinniśmy wyglądać uskutecznienia projektu zaopatrywania mieszkańców Pragi w wodę wiślaną filtrowaną. Obecnie pozostaje mieszkańcom Pragi do picia używać wodę przegotowaną, która z trudnością daje się do tego zastosować, wskutek zmienionych własności, głównie smakowych, lub wodę filtrowaną przez filtry CHAMBERLAND'a i BERKEFELD'a. Pamiętać jednak należy, że chcąc otrzymywać z tych filtrów wodę zdatną do codziennego użytku, powinniśmy oczyszczać je mechanicznie i wyjaławiać, gotując w wodzie przez godzinę filtr CHAMBERLAND'a po upływie 5—7 dni, filtr BERKEFELD'a po upływie 2—3 dni działania.

0 wartości leczniczej antinerwiny

podał August Kosiński

Ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu D-tka Jezus.

W klinice, gdzie rozporządzam dość znacznym materiałem, wypróbowałem lecznicze działanie antinerwiny RADLAUER'a (Salicylbromanilid), jako środka przeciwgorączkowego i przeciwgoścowego.

Środek ten stosowało już wielu klinicystów, otrzymując przeważnie wyniki dodatnie. F. di FILIPPI (Rif. Med. 1891. 201) otrzymywał dobre wyniki, stosując antinerwinę—jako środek przeciwgorączkowy i przeciwnie; przy czem autor zaznacza, że wykonał chemiczną analizę antinerwiny i znalazł, iż jest to mieszanina jednej części bromku amonu, jednej części kwasu salicylowego i dwóch części acetanilidu. D-r G. LAURENTI (Gazetta degli ospitali 1892 N-r 33) otrzymywał również dobre wyniki przy goście stawowym i innych chorobach z podniesioną ciepłotą. DROBNER (Wiener Med. Blätter 1893 r. 25, 26) przyszedł do przekonania, że antinerwina jest pożytecznym i tanim środkiem przy goście, influenzy i t. p. KORBSCH (Deutsche Med. Z. N-r 69. 1892) zaleca antinerwinę przy cholerze i katarze kiszek. KÜGLER (D. Med. Z. N-r 13. 1892) stosował z powodzeniem antinerwinę przy influenzy. Podobne wyniki otrzymało wielu innych badaczy.

Nie brak jednakże i zdań przeciwnych.

Niektórzy potępiają ten środek za to głównie, że nie jest to związek chemicznie nowy, lecz mieszanina dotąd znanych środków, utworzona po prostu w celach spekulacyjnych. Pojmowałbym to oburzenie w tym tylko razie, gdyby antinerwina nie posiadała wyraźnego działania leczniczego lub była środkiem drogim. Tak jednakże nie jest.

Antinerwina jest środkiem tanim, dla lekarzy zaś praktyków sposób przygotowania lekarstwa ma drugorzędne znaczenie; chodzi głównie o to, ażeby chemiczny skład środka był stały. Do takich zaliczyć można antinerwinę. Jako środek przeciwgorączkowy, podawałem antinerwinę w dawkach 0,5 kilka razy dziennie. Co do ilości tych dawek, to najlepiej kierować się termometrem. Przy zrazowym zapaleniu płuc wynik był zadawalniający. Upadku działalności serca nie zauważyłem.

Nadmienię, że gdy w jednym przypadku *pneumoniae crouposae* obniżyłem ciepłotę, nie zauważyłem już więcej jej podniesienia i rezolucja nastąpiła szybko.

Próbowałem obniżyć ciepłotę w kilku przypadkach gruźlicy płuc. Przy typie *febris hectica* można otrzymać obniżenie ciepłoty, a nawet zapobiedz jej podniesieniu bardzo skutecznie, jednakże nie należy dawać zbyt częstych dawek i nie większe nad 0,5, gdyż u suchotników łatwo w tych warunkach występuje zapaść i nadmierne poty. Umiarkowane dawki 0,5 trzy razy dziennie mogą być z pożytkiem stosowane nawet u suchotników.

Antinerwina i na tętno wpływa korzystnie. Tętno z częstego, 100 --120, staje się powolniejszym, do 80 —96. Szkodliwego wpływu na serce przy dawkach leczniczych nie widziałem nigdy.

Na działanie antinerwiny przy goście stawowym ostrym zwracam szczególną uwagę, gdyż środek ten jest w większości przypadków pewny.

Jeżeli wspomnimy o ważnych powikłaniach gościa stawowego: o zapaleniu opłucnej, osierdza i wsierdza i jego następstwie —wadzie serca, to przyjdziemy do przekonania, że w ostrym goście stawowym należy działać energicznie. Można powiedzieć, że gościec stawowy ostry należy do tych chorób, w których lekarz w odpowiedniej porze może okazać choremu szybką i rzeczywistą pomoc, gdy tymczasem chory nieleczoney albo źle leczony dochodzi do fatalnych następstw.

W tak więc poważnej chorobie jest rzeczą niezmierniej wagi posiadać środki pewnie działające. Do takich należy zaliczyć salicyl jako najpotężniejszy, salol cokolwiek słabiej działający i t. d. Na zasadzie mych spostrzeżeń, pozwolę sobie wypowiedzieć, że antinerwina, co do siły swego działania, ni-

czem nie ustępuje najlepszym środkom z dotąd znanych, a przewyższa je tem, że dawki duże nie wywołują objawów zatrucia, które np. występują przy dużych dawkach salicylu.

Oprócz tego muszę nadmienić, że spostrzegałem przypadki gościa stawowego, które były leczone salicylanem sodu bez powodzenia, chorzy źle go znosili i bóle się nie zmniejszały. Antinerwina w powyższych przypadkach dała wynik jak najlepszy.

Jeżeli u suchotników ze słabą działalnością serca, oraz u pneumoników trzeba ogólnie dozować antinerwinę, stosując małe dawki, to przy ostrym gościcu stawowym konieczne są duże dawki, które chorzy dobrze znoszą, bez pobocznych objawów.

Przy ostrym gościcu stawowym można śmiało stosować 1,0 na dawkę, dochodząc do 5,0, a nawet 6,0 dziennie. Zazwyczaj po pierwszym dniu stosowania tego leku bóle się zmniejszały znacznie, a ciepłota spadała do normy.

Rozumie się, że należy stosować antinerwinę przez dni następne w dawkach już nieco mniejszych. Jeżeli zastosujemy pierwszego dnia 5,0 antinerwiny, to zalecając choremu przez kilka następnych dni po 3,0 dziennie, w większości przypadków zapobiegniemy podniesieniu się ciepłoty, a zapalny stan stawów stopniowo się usunie.

Ilość chorych, których leczyłem antinerwiną, była dość znaczna. Dziecię przypadków ostrego gościa stawowego leczyłem wyłącznie antinerwiną, otrzymując dobre wyniki.

Dla lepszego przedstawienia rzeczy podaję w krótkich zarysach przebieg czterech przypadków ostrego gościa stawowego.

I. W. lat 41 służąca. Zachorowała na ostry gościec stawowy na trzy dni przed wstąpieniem do szpitala; choroba umiejscowiła się przeważnie w dolnych kończynach, tak, że chora od dwóch dni absolutnie chodzić nie może. Przy badaniu znaleziono:

2 XII. T. 38,2. P. 100 prawidłowy. R. 28. Tony serca słabe lecz czyste; granice serca niezmienione. Płuca, śledziona i wątroba prawidłowe. Język obłożony. Apetytu brak. Stolec zaparty. Ilość moczu zmniejszona do 800 c. sz., odczyn kwaśny, ciężar gatunkowy 1021, mocz ciemny, mętny wskutek osadu moczanów, białka nie zawiera. Obydwa stawy kolanowe obrzmiałe, to samo na stopach, przy dotykaniu stawy są bolesne, ruchy czynne i bierne są niemożliwe wskutek silnej bolesności. Górnymi kończynami chora włada swobodnie.

Ażeby się przekonać o charakterze i sile sprawy zapalnej stawów, chora przez cały pierwszy dzień nie dostała żadnego ze specyficznych środków, lecz pozostała tylko na ścisłej porcyi. Do wewnątrz dostała *saturatio natrii bicarbon.* co dwie godziny łyżkę i, ażeby opróżnić kışkę, lewatywę z ciepłej wody.

3 XII. T. 38,5. P. 108. R. 28. Chora czuje się gorzej. W nocy poczuła silne darcie w górnych kończynach, a rano nie mogła już zupełnie niemi władać. Przy badaniu górnych kończyn znaleziono wszystkie prawie stawy w stanie zapalnym. Mielśmy więc przed sobą obraz wielostawowego ostrego gościa, który uczynił z chorej istotę nie mogącą się poruszać bez narażenia się na dotkliwy ból. Chora dostała po 1,0 antinerwiny pięć razy dziennie. Antinerwinę najlepiej jest stosować w proszkach, ze względu na to, że się trudno rozpuszcza w zimnej wodzie. Wieczorem tegoż dnia ciepłota opadła do 37,5. Po trzecim i czwartym proszku chora lekko się pocila. P. 96 prawidłowy, dosyć pełny, R. 24. Pobocznych objawów niema. Chora czuje się lepiej, gdyż bóle w stawach kończyn o wiele się zmniejszyły.

4. XII. Rano. *St. afebr.* P. 96. R. 20. Tony serca czyste. Bóle w stawach mniejsze. Język cokolwiek obłożony, stolec zaparty. Leczenie: Antinerwiny 1,0 5 razy dziennie i lewatywa. Wieczorem. *St. afebr.* P. 96. R. 20. Bóle w sta-

wach coraz mniejsze, chora może już poruszać górnymi kończynami i do pewnego stopnia dolnemi. Objawów pobocznych niema.

5. XII. *St. afebr.* P. 80. R. 16. Bóle w stawach prawie że ustąpiły z wyjątkiem lewego kolana. Chora czuje się znacznie lepiej. Ze względu na stan lewego kolana chora pozostała i przez dzień dzisiejszy na 5,0 antinerwiny.

6. XII. *St. afebr.* P. 80. R. 20. Stan lewego kolana o wiele lepszy. Chora może już poruszać obydwoma nogami, nie narażając się na silne bóle w stawach.

7. XII. *St. afebr.* P. 76. R. 20. Stan zadawalniający. Skarży się na zaparcie stolca. *Pulv. liquir. comp.* łyżeczka. Antinerwiny dziś nie dostała wcale.

8. XII. *St. afebr.* P. 76. R. 20. Stan chorej zadawalniający. Ze względu na to, iż chora powiada, że w lewym kolanie odzywa jej się jeszcze od czasu do czasu ból, zaleciłem 3,0 antinerwiny.

9, 10, 11, 12. XII. Stan dobry. Ze względu, że chora po nocach uczuwa od czasu do czasu silne darcie w stawach dolnych kończyn, zaleciłem przez te trzy dni po 3,0 antinerwiny. Tutaj nadmienię, że chora przebywała w klinice podczas silnych mrozów, które dawały się chorym odczuć nawet w dobrze opalanej sali szpitalnej.

16, 17. XII. Stan zupełnie zadawalniający; chora chodzi swobodnie.

18. XII. Chora czuje się zdrową, na własne żądanie opuszcza klinikę. Przy ostatecznem badaniu znaleziono: *St. afebr.* P. 76. R. 20. W wewnętrznych narządach zmian żadnych. Chora włada kończynami zupełnie swobodnie i jest zadowolona z przebiegu kuracyi.

Podawszy w krótkich słowach przebieg kuracyi antinerwiną, zanotujemy fakt, że chora brała duże dawki antinerwiny, dochodziła bowiem do 5,0 *pro die*. Dawki te w zupełności wystarczały, gościec wyleczony był szybko i żadnych powikłań nie zauważyłem. Oprócz tego zwracam uwagę czytelnika, że przy stosowaniu tak dużych dawek najmniejszych objawów pobocznych, względnie zatrucia nie było. Zaparcie stolca, które istniało podczas przebiegu kuracyi, bynajmniej nie zależy od antinerwiny, gdyż chora poprzednio cierpiała na to samo, a powtórę w innych przypadkach, które spostrzegałem, zaparcia stolca nie zauważyłem. Krzywa tętna, zdjęta przed i po zastosowaniu 5,0 antinerwiny, wykazała, że środek ten w takiej dawce przy gościecu stawowym na serce, względnie na tętno złego wpływu niema, przeciwnie, tętno często znacznie się poprawia.

II. Zupełnie podobny przypadek *polyarthritidis rheumat. acutae* przedstawia chora T. K. lat 30. Przypadek ten jest tem ciekawszy, że chora bezskutecznie leczona była przed wpisaniem się do kliniki salicylanem sodu. Chora, która przybyła do kliniki 15. XII. 93., powiada, że zachorowała przed trzema tygodniami. Początkowo choroba zaczęła się zapaleniem stawów prawej stopy, później zaś sprawa się rozszerzyła prawie na wszystkie stawy.

Pierwotnie chora leczyła się w domu salicylanem sodu, który początkowo przynosił jej ulgę, następnie zaś wcale nie działał. Przy badaniu chorej znajdujemy T. 38,8. P. 120. R. 20. Niemal wszystkie stawy kończyn dolnych i górnych zajęte sprawą zapalną. W wewnętrznych narządach nic nieprawidłowego. Zastosowałem chorej od razu antinerwinę po 1,0 pięć razy dziennie. Wieczorem tegoż dnia chora czuła się już cokolwiek lepiej. Przez następne trzy dni chorej podawano po 5,0 *pro die*. Na drugi dzień wieczorem ciepłota była już zupełnie prawidłowa i już się nie podniosła przez cały przebieg kuracyi. Wogóle chora przez pierwsze 8 dni dostała 24,0 antinerwiny, po 5,0 przez pierwsze cztery dni, 3,0 piątego dnia i 2,0 przez następne trzy dni. Objawów zatrucia nie spostrzegłem. Później, gdy chora już mogła chodzić, bóle w stawach odzywały jej się jeszcze w nocy, i chorej podawano 3,0 dziennie z dobrym skutkiem.

8. I. 94. Chora się wypisała w stanie zadawalniającym, zupełnie swobodnie władając zarówno górnymi jak i dolnemi kończynami. Powikłań żadnych nie było.

III. Następny przypadek ostrego gościeca stawowego przedstawia J. F. lat 18, robotnik, który przybył do szpitala 8. XII. 93. Chory zapadł na ostry gościec stawowy po raz wtóry. Pierwszy raz chorował przed trzema laty, wyzdrowiał po trzech tygodniach i następnie zupełnie był zdrow; powtórnie zachorował przed dwoma tygodniami. Choroba umiejscowiła się w dolnych i górnych kończynach, gdzie większość stawów jest obrzmiała i bolesna. T. 38,6. P. 100. R. 28. Tony serca przytłumione, wyraźnego jednak szmeru nie słyhać. Inne narządy przedstawiają się prawidłowo.

Pierwszego dnia chory dostał 5,0 antinerwiny w 1,0 dawkach. Już wieczorem tegoż samego dnia ciepłota opadła do 37,4, przyczem chory lekko się poccił. Bóle w stawach znacznie się zmniejszyły. Następnego dnia 9. XII. chory dostał 3,0, a trzeciego 10. XII. 2,0 antinerwiny, gdyż bóle w stawach ustąpiły i ciepłota więcej się nie podniosła. Po ośmiu dniach pobytu w klinice chory się wypisał w stanie zadawalniającym.

Przypadek ten przemawia bardziej na korzyść antinerwiny. Chory był wyleczony szybko, przyjął 10,0 antinerwiny w ciągu trzech dni. Koszt takiej kuracji, licząc za 1,0 trzy kopiejki, wynosił 30 kopiejek.

IV. Czwarty przypadek wielostawowego gościa przedstawia Ł. lat 46, robotnica. Poprzednio zupełnie zdrowa, zachorowała przed czterema dniami. Choroba zaczęła się ogólnym niedomaganiem, dreszczami, wkrótce potem wystąpiły silne bóle w stawach. T. 38,6. P. 100. R. 24. W narządach wewnętrznych żadnych zmian nie znaleziono. Lewy staw kolanowy obrzmiały, czynne i bierne ruchy wskutek silnej bolesności są niemożliwe. Inne stawy mniej zajęte sprawą zapalną, jednakże chora uczuwa w nich darcie i łamanie w kościach.

Po przybyciu do kliniki chora otrzymała antinerwinę po 1,0 na dawkę cztery razy dziennie. Już wieczorem po trzech proskach ciepłota spadła do normy i potem ani razu już się nie podniosła. Po obniżeniu się ciepłoty zmniejszyły się i bóle w stawach, które następnie zupełnie ustąpiły. Po obniżeniu się ciepłoty chora czuła się jaknajlepiej, działalność serca nie była osłabiona. Tętno zwolniło, było prawidłowe i dosyć pełne. Po dziewięciu dniach pobytu w klinice chora wypisała się bez najmniejszych bólów w stawach.

Oprócz tych czterech zbliżonych do siebie przypadków ostrego gościa, miałem jeszcze kilka innych, z których wspomnę jeszcze o dwóch, gdyż są nieco odmiennej natury.

A. P. lat 30 i W. M. lat 18, zapadły na ostry gościec stawowy i leczyły się początkowo w domu salicylem. Cierpienie stawów ustąpiło z wyjątkiem stawów goleniostopowych i stopowych, które były obrzmiałe, bolesne a stąpanie było uniemożliwione. Obydwie chore podczas pobytu w klinice wielokrotnie gorączkowały. Wogóle gościec w tych przypadkach był bardzo uporczywy, jednakże i tu antinerwina dawała mi dobre wyniki. Chore wypisały się ze znacznym polepszeniem. Kilka innych przypadków gościa stawowego dało podobne wyniki.

Co się tyczy przewlekłego gościa stawowego, to, jak wiadomo, stosowanie środków przeciwgośćcowych przy tem cierpieniu jest mało używane, gdyż inne środki jako to: wody alkaliczne, słone kąpiele, masaż o wiele lepsze dają wyniki. Jednakże, ażeby się przekonać o ile antinerwina uśmierza bóle, stosowałem ją w sześciu przypadkach chronicznego gościa i doszedłem do wniosku, że przy silnych bólach można ją z wielkim pożytkiem zastosować jako środek chwilowo kojący bóle. Dalej nadmienić muszę, że stosowałem antinerwinę przy surowiczem zapaleniu opłucnej (*pleuritis exsudativa serosa*); wynik był dodatni. Następnie próbowałem antinerwinę przy różnego rodzaju nerwobólach. O ile one były pochodzenia gośćcowego, wynik otrzymywałem dobry.

Próbowałem dla porównania jeszcze jeden z nowych środków przeciwgośćcowych, mianowicie *Salophen*, i przekonałem się, że jest to środek przede wszystkim zbyt drogi, aby go stosować na szerszą skalę, a powtórnie nie posiada zalet odpowiadających swej wysokiej cenie.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

TH. ROSENHEIM.

Choroby kiszek

(Krankheiten des Darms. Wien und Leipzig 1893). Str. 604.

Omówił Henryk Pacanowski.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 20).

Rozdział trzeci omawia wszelkie postacie zapalenia kiszek nieżytego, a także zanik ich i t. zw. zapalenie błoniaste (*Enteritis membranacea*).

O symptomatologii i rozpoznawaniu nieżytu kiszek nie znajdujemy żadnych nowych faktów, którzyby się różniły od opisów dawniejszych tego cierpienia.

Zanik błony śluzowej kiszek może być wynikiem długotrwałego nieżytu. W razie, gdy dotyka kiszek grubych, niekoniecznie pociąga za sobą upadek odżywiania ustroju. Bywa wtedy zazwyczaj jedno wypróżnienie dziennie, rzadkie, bez jakiegokolwiek domieszki śluzu. Przeciwnie w zaniku błony śluzowej kiszek cienkich ogólny stan chorego podupada szybko: występuje niedokrewność, charłactwo, nawet oznaki niedokrewności złośliwej, analogiczne z obrazem, jaki daje zanik błony śluzowej żołądka. Zanik kiszek bywa o wiele groźniejszym jednak od tego ostatniego, przy którym względna równowaga ustroju długie lata może być jeszcze zachowaną. Zanik częściowy (np. bardzo często napotykaną w kąticy) nie powoduje żadnych objawów.

T. zw. zapalenie kiszek błoniaste polega na wydalaniu mas taśmowatych wraz z kałem lub bez niego, częstokroć z silnymi, napadowymi bólami (*colica*). Błony mają nieraz do 40 ctm. długości, są szkliste i przezroczyste lub też białoszare, brunatne i prawie czarne, podobne do błon krupowych. Składają się z bezkształtnej istoty zasadniczej, komórek ziarenkowatych, stłuszczonego nabłonka, trypelfosforanów, kryształów cholesteryny, włókien roślinnych, bakterii i t. d. Badanie chemiczne wykrywa w nich tylko śluz; włókniaka zaś niema.

Jakkolwiek przyjęto nazwę *colitis membr.*, błony te nie zawsze są wyrazem sprawy zapalnej w kiszce grubej. Doświadczalnie nie udało się ich otrzymać w kiszkach ani bodźcami chemicznymi, ani termicznymi. Powstawanie ich samym nieżytem objaśnić się nie da. Być może, iż jest to nerwica wydzielnicza samoistna lub też na gruncie zapalenia powstała (*supersecretio*). U kobiet występuje niekiedy w postaci napadów, na tle neurastenii i historii. Często towarzyszy sprawie tej silno zaparcie stolca.

Leczenie nieżytu kiszek przewlekłego. R. kładzie wielki nacisk na jednostronne i niedostateczne żywienie się tego rodzaju chorych. Są między nimi tacy, którzy przez miesiące całe poprzestają jedynie na żywieniu się mięsem i pieczywem. Tymczasem tłuszcze (gdy żołądek pozostaje zdrowym) nawet w ilości większej (40—60 grm. na dobę), ulegają zupełnie dokładnemu wchłanianiu przez кишки nieżytem dotknięte. Tłuszcz jest złem podłożem dla rozwoju bakterii. Pokarmy roślinne, byle nie zawierały znacznej ilości drzewnika (*cellulosa*), są również przy nieżycie wskazane (kartofle, kalafiory, szparagi, marchew).

Leczenie kiszek *miejscowe* t. j. stosowanie środków wprost na chorą błonę śluzową, zyskuje coraz większe rozpowszechnienie, zwłaszcza przy cierpieniu kiszek grubych. Uporczywe nieżyty, długi czas opierające się wszelkim środkom wewnętrznio stosowanym, częstokroć leczą się szybko zapomocą wlewań większej ilości roztworów zawierających leki ściągające, antyseptyczne lub solo średnie. Szczególnie zachwala R. saletrzan srebra (0,2—0,5 : 1000), który kilku naraz wskazaniom zadość czyni.

Równie ważne znaczenie mają wlewania oliwy w większej ilości (FLEISER), do 500 c. sz., ogrzanej do 40°. Wlewa się ją powoli, wciągu 15—20 minut, pod małym ciśnieniem (50 cm). Dodawać można do oliwy środek odkażający, np. 1—2% kwasu salicylowego.

Ze środków wewnętrznych R. wymienia kałomel, jako środek odkażający, lecz niedość podnosi jego wysoką wartość w leczeniu nieżytów kiszkowych, zdaniem mo-

jem niesłusznie. Natomiast zachwala *Resorcinum resublimatum* i *Benzonaphthol* w dawkach 0,5—3,0 po kilka razy dziennie, oddzielnie lub razem, a także w połączeniu z *Bismuthum salicylicum*. SAHLI zaleca salol (0,5—1,0; 3—4 razy dziennie); PICK — *Ammonium sulpho ichthyolicum* (0,1) i kreo zot (0,05).

Załowac należy, iż ROSENHEIM mało mówi o leczeniu wodami mineralnemi; ogranicza on się na tem, co i w dawnych podręcznikach znajdujemy.

Rozdział czwarty poświęcony został sprawom zapalnym kątncy (*Typhlitis*, *Perityphlitis*, *Appendicitis*).

Opis zapalenia wyrostka robaczkowego (*Appendicitis*) i wogóle roli tegoż jest bardzo wyczerpujący. Autor przedstawił jasno warunki anatomiczne powstawania tej niezmiernie ważnej choroby, na którą w ostatnich dopiero latach należy zwrócić uwagę; dalej opisał rozmaite zejścia jej oraz wskazania do leczenia operacyjnego ropnych zapaleń dookoła kątncy.

W kwestyi interwencji chirurgicznej R. zaznacza, że zapatrywania wcale jeszcze dotąd nie zostały ustalone. Chirurgowie są wogóle za jaknajwcześniejszem operowaniem. Zdaniem ich, tam nawet, gdzie przy przecięciu nacieku zapalnego nie znaleziono ropnia, takie cięcie (próbne) jest właściwem, gdyż doświadczenie pokazało, że ognisko ropne daje się później wykryć z większą łatwością i wtedy można je otworzyć bez uszkodzenia otrzewnej.

Trzeba jednak rozważyć, że nie każdy przypadek zapalenia okołokątnczego staje się ropnym i że ognisko zapalne może ulec wessaniu.

R. uważa operację za wskazaną: 1) gdy istnieją objawy groźne: rozpoczynająca się zapaść, możliwość przedziurawienia, oznaki zatkania jelit; 2) gdy trwanie sprawy się przewlekła; 3) gdy tętno ulega przyspieszeniu, nie odpowiadającemu ciepłocie; 4) gdy podrażnienie otrzewnej coraz bardziej się rozszerza.

W tych natomiast przypadkach, gdzie niema wysokiej gorączki, częściej powtarzających się wstrząsających dreszczów i chłobotania, — leczenie winno być wyczekujące.

Rozdział piąty obejmuje wszelkie sprawy chorobowe odbytnicy i wkracza przeważnie w dziedzinę chirurgii. Autor rozpatruje zapalenia odbytnicy, krwawnice (hemoroidy), wypadnięcie odbytnicy, szczelinę odbytu i ciała obce.

W sprawie leczenia guzów krwawnicowych, R. występuje przeciwko pohipności do operowania ich, jak to się często dziś spotyka. Sądzi on, że przy odpowiednim zachowywaniu się dyetetyczno-higienicznym, chory przez długie lata bez operacji obejść się może. W dalszym ciągu R. wspomina o usiłowaniach bezkrwawego usuwania krwawnic. Do tych należy: 1) stopniowe rozszerzanie zwieracza odbytu za pomocą coraz-dalszego rozsuwania wziernika, co jest prawie bezbolesne i dokonywa się w ciągu wielu tygodni; 2) rozszerzanie forsowno na jednym posiedzeniu; 3) wstrzykiwanie karbolu z gliceryną (1 : 3) do guzów krwawnicowych, proponowane w Ameryce i kilkakrotnie już w Niemczech stosowane.

Rozdziały szósty, siódmy i ósmy traktują o *niedrożności kiszek (ileus, occlusio)* zupełnem i niezupełnem (zwężenia).

Ten niezmiernie ważny dział patologii kiszek, — jeden z najważniejszych z powodu swej częstości, wielkiego niebezpieczeństwa i nieustalenia wyraźnych wskazań leczniczych, — opracował R. bardzo jasno. Dobro ugrupowanie olbrzymiego materiału z łatwością pozwala ogarnąć całość, przedstawioną mimo to wyczerpująco.

Pojęcie niedrożności kiszek jest bardzo obszerne. Mnóstwo najrozmaitszych przyczyn składa się na wywołanie jednolitego mniej więcej obrazu chorobowego. R. rozpatruje ze stanowiska anatomo-patologicznego 3 grupy: 1) sprawy powodujące niedrożność jelit przez ucisk z zewnątrz; tu należą: uwięźnięcia zewnętrzne i wewnętrzne (przepukliny, sznurki otrzewnej, skręcenia dookoła osi, węzły, przegięcia kiszek i t. p.); 2) sprawy zatykające samo światło kiszek: kamienie żółciowe, kałowe, ciała obce, polipy kiszek, wPOCHWlenia; 3) sprawy wywołujące zmiany w ścianie kiszek i prowadzące do zwężeń: blizny (przymiotowe, gruźlicze, dysenteryczne) i nowotwory (rak).

Podział taki ma znaczenie czysto teoretyczne tylko. Natomiast ze stanowiska praktycznego należy rozpatrywać: 1) obraz niedrożności zupełnej lub tylko zwężenia kiszek, 2) niedrożność ostrą lub przewlekłą. Objawy ostro występują przeważnie w pierwszych dwóch wyżej wymienionych grupach, przewlekłe w trzeciej (zwężenia), w której jednak występować może i nagłe obostwienie.

Z pośród całego szeregu objawów niedrożności ostrej, R. przyczynę tychże z jednej strony przypisuje wpływowi zwrotnemu nerwów (zapaść, oddech i tętno przyspieszone, zimne poty, bredzenie i t. d.), z drugiej — samozakażeniu ustroju. Stwierdzono niewątpliwie, że wytwory trujące przenikać mogą z kiszek do krwi; BOUCHARD dowiódł jadowitości moczu przy niedrożności jelit. Jako skutki zatrucia uważać należy: gorączkę oraz cały zbiór objawów t. zw. tyfoidu (*Einklemmungstypoid*), zupełnie podobnego do tyfoidu cholerycznego; wreszcie ciężkie zapalenia nerek.

W niedrożności ostrej ważnym objawem jest zubożenie krwi w wodę, co zależy od wymiotów, od przesiąkania wody do kiszek i od wzmożonego wydzielania soku kiszkiowego, które COHNHEIM określa mianem porażennego. MOREAU drogą doświadczenia otrzymał takie wzmożone wydzielanie soku w pętlicy kiszki, której wszystkie nerwy przeciął w krezce. (D. c. n.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 1 maja r. b.

TREŚĆ: 1) BĄCZKIEWICZ—przedstawienie dziecka ze zwężeniem tchawicy. 2) Kazimierz ZIELIŃSKI—przedstawienie okazu wrzodu żołądka. 3) BORSUK — przedstawienie chorego po enteranastomozie. 4) DĄBROWSKI—przedstawienie chorego po zatruciu zepsutymi wędlinami. 5) KUCZYŃSKI—przedstawienie aspiratora własnego pomysłu, zastępującego przyrząd POTAIN'a. 6) STANKIEWICZ—przedstawienie chorego ze złamaniem rzepki. 7) SOKOŁOWSKI—odezyt: „Przyczynek do patologii i terapii spraw rozrostowych podgłośniających krtani“.

1) Kol. BĄCZKIEWICZ przedstawił 5-cioletnie dziecko, dotknięte zwężeniem tchawicy wskutek ucisku. Według słów matki dziecka, choroba rozpoczęła się przed 10 tygodniami chrypką, którą zrazu objaśniano zaziębieniem. Chrypka znikła powoli, wkrótce jednak wystąpiła duszność, która stopniowo się wzmacniała i obecnie doszła do tego stopnia, że dziecko w nocy często się zrywa i przybiera pozycję siedzącą. Chory pochodzi z rodziców zdrowych. Przy badaniu chorego znaleziono: dziecko blade, miernie odżywiano. Kościec przedstawia zmiany właściwe krzywicy. Na przestrzeni rękodości mostka wyraźne stłumienie i oddech stenotyczny. Granice tępości i tony serca prawidłowe. Głos znacznie zmieniony, jak gdyby wskutek ucisku nerwu zwrotnego. Wyżej opisane objawy skłaniają kol. B. do przypuszczenia w danym przypadku obecności nowotworu w śródpiersiu przednim z punktem wyjścia albo z grasicy, albo z gruczołów limfatycznych okołooskrzelowych.

W dyskusji kol. SOKOŁOWSKI zwraca uwagę na moment etyologiczny, nowotwory bowiem śródpiersia u dzieci rzadko dają objawy zwężenia tchawicy, nadto wywołują ucisk na żyły, czego w danym przypadku niema. Natomiast i wywiady i raptowna chrypka i stopienie pod obojczykiem wraz z rżeniami obok silnej duszności przemawiałyby za obecnością ciała obcego w jednym z oskrzeli. Wiadomo bowiem, że w takich przypadkach rozwija się zapalenie płuc ogniskowe. Podobne przypadki kol. S. spostrzegł.

Kol. BĄCZKIEWICZ w odpowiedzi zaznacza, że również spostrzegł podobny przypadek; co się zaś tyczy chorego dziś przedstawionego, to przeciwko długotrwałej obecności ciała obcego przemawia brak ropnego zapalenia oskrzeli. W każdym razie przynajmniej w chwili obecnej nie można się decydować na tracheotomię w celu wyszukania, bardzo zrosztą hypotetycznej, przyczyny poważnych objawów chorobowych.

2) Kol. ZIELIŃSKI Kazimierz przedstawił okaz anatomiczny wrzodu żołądka. Okaz ten pochodzi od 24-letniego wyrobnika, zmarłego w szpitalu na Pradze wskutek przedziurawienia jednego z wrzodów, krwotoku z niego i ostrego zapalenia otrzewnej. Przy badaniu zwłok stwierdzono: narządy mięsiste względnie niezmienione, w stanie anemii. W jamie otrzewnej krew, włóknik i ścięty sernik. Poprzecznicą ku dołowi opuszczona, żołądek również na dół znacznie przemieszczony, tak, że po nad nim znajdowała się trzustka. Po otwarciu żołądka przodewszystkiem znaleziono znaczne zwężenie odźwiernika z zablizniającym się wrzodem. W okolicy wpustu żołądka, w dolnej części przełyku, na tylnej powierzchni znajduje się drugi duży wrzód drążący, o brzegach ostrościętych, a na dnie jego, otwierającym się na zewnątrz pod przeponę, widać ciemne przedziurawione naczynie. Przypadek powyższy ciekawy jest ze względu na współczesność wrzodów drążących w dwóch przeciwnych okolicach żołądka

z opuszczeniem poprzecznicy i przemieszczeniem żołądka i potwierdza poniekąd zdanie, wypowiedziane przez kol. Edwarda ZIELIŃSKIEGO, co do etyologii wrzodu żołądka, na zeszyłym zjeździe lekarzy w Krakowie.

3) Kol. BORSUK przedstawił chorego, któremu przed 5 tygodniami dokonał enteroanastomozę. Przy tem zaznaczył co następuje: chory młody osobnik, przed 8 miesiącami, po jakiejś niejasnej chorobie gorączkowej, zaczął doznawać zaparcia stołców, co stopniowo powiększało się, a w ostatnich czasach doszło do zupełnej niedrożności, połączonej z wymiotami. Badanie, różnorodnie przeprowadzone przez dni kilka, nie doprowadziło do jasnych wyników, można było tylko sądzić, że przeszkoda znajduje się w cienkich kiszkiach i to w dolnych ich odcinkach. Dłuższej obserwacji prowadzić B. nie mógł, gdyż stan chorego się wciąż pogarszał i pojawiły się kałowe wymioty. Wobec tego kol. B. przystąpił niezwłocznie do operacji. Po otwarciu jamy brzusznej, cięciem od spojenia łonowego prawie do wyrostka mioczykowego, okazało się, że wszystkie cienkie kiszki były silnie rozdęte, grube zaś skurczone, również i kiszka ślepa, która była tak mała, że ją z trudnością odnaleziono. Na kilkanaście centymetrów od kiszki ślepej na *jejunum*, na przestrzeni co najmniej łokcia, znaleziono cały szereg bliznowatych tworów, w rozmaitych kierunkach leżących, twardych, w postaci taśm, zajmujących całą grubość ściany kiszki i zwężających ją do grubości palca. Mając na względzie obszar zwężenia, powodujący niedrożność, kol. B. dokonał entero-enteroanastomozę MAISONNEUVE'a t. j. zeszył między sobą części kisek, powyżej i poniżej leżące miejsca zwężenia, robiąc przedtem na każdej z nich podłużny otwór, przez co zwężone pętle zostały wykluczone z ogólnego krążenia zawartości kiskowej. Przebieg pooperacyjny bardzo dobry. Wkrótce gazy kiskowe obficie odeszły, a na dziesiąty dzień po operacji chory miał stolec prawidłowy. Obecnie stan zdrowia chorego jest zupełnie prawidłowy.

4) Kol. DĄBROWSKI przedstawił chorego, dotkniętego zatruciem zepsutemi wędlinami (*Wurstvergiftung*). Chory przed 4 tygodniami, czując się już niezupełnie zdrowym, zjadł trochę starej wędliny i wkrótce potem zaczął doznawać rozpierania w żołądku i nudności. Sztucznie wywołane wymioty uwolniły go od tych dolegliwości, pozostało tylko osłabienie, wieczorem zaś chory zauważył, że nie może czytać z powodu, że liter prawie nie widzi. Następnego dnia wzrok się jeszcze pogorszył, nawet oddalone przedmioty widział jak przez mgłę, a niekiedy podwójnie. Trzeciego dnia zaczął doznawać suchości w ustach i gardle i utrudnionego połykania. Z każdym dniem czuł się coraz więcej osłabionym, doznawał od czasu do czasu chwilowych zawrotów głowy, moc oddawał z trudnością, a stolec miewał raz na tydzień. Przy badaniu chorego kol. D. znalazł: Tętno 90, słabe. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Siła mięśniowa bardzo mała. W czuciu zmian niema. Odruch kolanowy zachowany. Powieki opuszczone (*ptosis*). Łykać chory nie może. Przedmioty oddalone widzi jak przez mgłę, przy patrzeniu w bok podwójnie. Zrenice rozszerzone, słabo oddziałują na światło i prawie wcale nie reagują na akkomodację. Język, błona śluzowa jamy ustnej i tylnej ściany gardzieli nadzwyczajnie suche, zaczerwienione i błyszczące. Zbiór tych objawów ściśle odpowiada klinicznemu obrazowi dosyć często zdarzającego się w Niemczech zatrucia jadem, wytwarzającym się w zepsutych wędlinach. Za tem przemawia jeszcze ta okoliczność, że w tej samej miejscowości zachorowały jeszcze dwie osoby, również po spożyciu wędlin. Niektóre z tych objawów przypominają zatrucie atropiną, i za takie widocznie zatrucie przyjmował jo lekarz miejscowy, gdyż zalecał choremu czerynę.

5) Kol. KUCZYŃSKI przedstawił prosty i łatwo wykonalny aspirator własnego pomysłu, mogący zastąpić przyrząd POTAIN'a, a składający się ze szklanej rurki z wentylami i zwyczajnej szprycy. Jeden koniec rurki szklanej, długości około 10 ctm., o średnicy $\frac{1}{2}$ ctm. zatapia się w płomieniu lampki gazowej lub spirytusowej; następnie zwyczajnym pilnikiem przyrzątecznym wypilowuje się w ścianie rurki dwa małe otwory: jeden tuż przy końcu zatopionym, drugi zaś o 5—6 ctm. powyżej pierwszego. Do końca zatopionego rurki wprowadza się zwinięty w rurkę kawałek cieniutkiego kauczuku, mniej więcej 1 ctm², tak, aby zakrywał od wewnątrz przepiłowany otwór. Na rurkę szklaną w miejscu drugiego otworu nakłada się kawałeczek ($\frac{1}{2}$ ctm.) rurki kauczukowej o bardzo cienkiej ścianie i świetle prawie odpowiadającym zewnętrznej średnicy rurki szklanej. Rurkę tak przygotowaną umieszcza się w jednym z dwu otworów korka w ten sposób, aby koniec zatopiony wraz z otworkiem znajdował się pod dolną podstawą korka, drugi zaś otworek z nasadzoną na zewnątrz

kawałkiem rurki kauczukowej nad korkiem — a niezatopiony koniec rurki łączy się zapomocą rurki kauczukowej z kanką zwyczajnej szprycy, przez drugi zaś otwór korka przeprowadza się kawałek rurki szklanej, połączonej zapomocą rurki kauczukowej z dosyć długą igłą od strzykawki do przokłuć próbnych. Korkiem takim zatyka się szyja zwyczajnej butelki, a sposób użycia takiego przyrządu jest podobny, jak i przyrządu POTAIN'a. Wentylami są tu zamknięte kauczukiem otwory w rurce szklanej: przez otwór, umieszczony w szyjce butelki, powietrze z tej ostatniej przy wyciąganiu tłoka wchodzi do szprycy, odchylając sobie znajdujący się wewnątrz rurki kauczuk; przy wtłaczaniu tłoka szprycy powietrze to wskutek podniesionego w szprycy ciśnienia przyeiska kauczuk do dolnego otworu, a natomiast odchyla nasadzoną na górny otwór rurkę kauczukową i wychodzi na zewnątrz. Jeżeli rurkę od igły zamknąć zapomocą zaciskacza, powietrze w butelce rozrzedzić można do $\frac{1}{4}$ atmosfery i więcej. Aspirator przedstawiony przygotować można samemu w ciągu kilku lub najwyżej kilkunastu minut, mając tylko rurkę szklaną, kauczukową o ścianie grubej i cienkiej, lampkę oraz pilnik.

6) Kol. STANKIEWICZ przedstawił chorego, który z powodu złamania rzepki leżony był w szpitalu Ujazdowskim w ciągu 13 tygodni bez skutku, metodą wyczekującą, bez zszywania odłamanych części kości. Zrost rzepki, jakkolwiek na tej drodze możliwy, wymaga jednak bardzo wiele czasu i wskutek tego u ludzi biednych, zmuszonych do pracy, przypadki napozór wyłączone kończą się niepomyslnie, gdyż chory zaczyna używać ruchu, zanim zrost stanie się mocnym. W takich razach kol. S. zaleca odrazu nakładać szew kostny, co też w przypadku przedstawionym ma zamiar dokonać i po zrośnięciu się i dostatecznem wzmocnieniu blizny, chorego przedstawi w Towarzystwie Lekarskiem.

7) Kol. SOKOŁOWSKI w odczycie swoim zaznacza, że jakkolwiek zapalenie krtańni podgłośniowe przerostowo przewlekłe należy wogóle do rzadkich cierpień, to jednak, zawdzięczając pracom licznych autorów, jako to: SCHROETER'a, CHIARI'ego, GANGHOFER'a, PIENIĄŻKA, HERYNGA, OBALIŃSKIEGO i samego mówcy, zostało i pod względem klinicznym i anatomopatologicznym w ostatnich latach opracowane. Cierpienie to zdarza się u nas częściej, niż w innych krajach Europy; sam S. spostrzegł około 30 przypadków, w ostatnim zaś roku 6 przypadków, w których wykonano radykalną operację zapomocą laryngofisury i wycięcia części przerosniętych, które poddano następnie badaniu histologicznemu. Te 6 dokładnie zbadanych przypadków nastroczają następujące uwagi. Mówca dzieli te przypadki na dwie kategorie: o przebiegu podostym i przebiegu chronicznym. Do pierwszej kategorii należał tylko jeden przypadek, w którym w 3-im miesiącu od początku choroby musiała być dokonana tracheotomia, a następnie laryngofisura. W innych 5-iu przypadkach był przebieg chroniczny: sprawa trwała od 1—3 lat i dzieliła się na dwa typowe okresy: pierwszy cechował się chrypką i wzmagającą się dusznością, drugi atakami zaduszania oraz mocnym i suchym kaszlem.

Co do objawów przedmiotowych, to we wszystkich przypadkach tak nagłośnia jakoteż i więzy nalewkowe oraz ściana tylna były niezmienione; w dwu przerosnięte mocno i zgrubiałe fałszywe, w trzech przerosnięte mocno i zgrubiałe struny prawdziwe. W pięciu przypadkach stwierdzono znaczny rozrost błony śluzowej podgłośniowej w postaci wałów lub też przepony podstrunowej; w jednym przypadku zwężenie pod postacią błony wykryto tuż nad rozdwojeniem oskrzeli. Co się tyczy zmian w narządach sąsiednich, to raz stwierdzono guz zamykający światło jednego nozdrza, w innych przypadkach zmiany ograniczały się do kataru suchego tylnonośowego. Wszyscy chorzy byli ludźmi młodymi, zdrowymi, w wieku pomiędzy 20—30 rokiem; pochodzili przeważnie z południowo-wschodnich części Królestwa lub z Wołynia.

Co się tyczy momentów etyologicznych, to z liczby 6-iu, 4 chorych podobno poprzednio przechodziło tyfus, większość zaś chorych jako istotny początek podawała mocne przeziębienie. U dwóch chorych sprawa rozpoczęła się niemal nagle po silnem zmęczeniu.

We wszystkich 6-iu przypadkach radykalne leczenie polegało na dokonaniu laryngofisury i usunięciu wszystkich przerosniętych części. Metodzie tej, według zdania mówcy, oddać należy pierwszeństwo przed ogólnie dotychczas stosowaniem metodycznem rozszerzaniem według SCHROETER'a. Jakkolwiek przy stosowaniu tej metody poprzednio w niektórych przypadkach otrzymał kol. S. pomyślnie wyniki po bardzo długim przeciągu czasu, to jednak w większości przypadków chorzy wypisywali się po

kilku miesiącach z mniejszą lub większą poprawą; gdy tymczasem przy zastosowaniu laryngofisury, już po tygodniu wyjmowano rurkę tracheotomijną, a po upływie miesiąca chory, czując się zupełnie zdrowym, szpital opuszczał. Operacya ta, dokonana w 1-ym przypadku przez kol. BUKOWSKIEGO, a w 5-iu przez kol. KIJEWSKIEGO, nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa dla chorego.

Pod względem anatomo-patologicznym we wszystkich przypadkach pod strunami prawdziwemi kol. SOKOŁOWSKI znajdował rozrosty obustronne, z których jedno w postaci grubych wałów znajdowały się tuż pod strunami prawdziwymi, zlewając się z nimi lub też oddzielając się wąską szczeliną, inne zaś przedstawiały się w postaci błon w kształcie pierścienia, zewężających wejście do okolicy podgłośniaowej, tworząc rodzaj dyafragmy. Rozrosty te były twardo, o powierzchni mniej lub więcej gładkiej. Przy badaniu mikroskopowem w 5-iu przypadkach zauważono zmiany następujące: nabłonek mocno zgrubiał, wierzchnia jego warstwa zrogowaciała, *stratum granulosum* zawiera wyraźne ziarna keratohyalinowe, *stratum spinosum* obejmuje około 15 warstw komórek okrągławych lub wielościennych, dolną warstwę (*stratum basale*) stanowią komórki wielościenne. Pomiedzy komórkami nabłonkowymi widać miejscami leukocyty. Nabłonek pomiędzy brodawkami rozrasta się tak znacznie, że w postaci długich odnóg przenika w leżącą pod nim zbitą tkankę łączną, od której zgrubienia głównie zależą wyniosłości podstrunowe. Tak pod nabłonkiem jakoteż z pośród zbitej tkanki łącznej widać ogniska nacieczenia. Komórki w tych nacieczeniach przeważnie są okrągłe lub owalne, jednojądrowe, niekiedy występują one w postaci bryłek, przypominających komórki MIKULICZA w skleromatach; w miarę przejścia do zbitej tkanki łącznej ilość substancji międzykomórkowej wzrasta i staje się ona coraz wyraźniej włóknistą. Porównanie wielu podobnych obrazów mikroskopowych daje możność przypuszczenia, że tkanka bliznowata rozwija się z granulacyjnej. Naczyn krwionośnych w tkance ziarninowej i bliznowatej niewiele, gruczoły śluzowe znacznie były zmienione.

W jednym tylko preparacie znaleziono drobnoustroje pałeczkowate, dosyć grubo i stosunkowo krótkie. Łasieczniki te leżą w substancji międzykomórkowej, uwidoczniają się przy barwieniu hematoksyliną i gencyaną sposobem WEIGERT'a i JAKOWSKIEGO. W przypadku o przebiegu podostym nabłonek jest rozpulchniony, powierzchownie jego warstwy są zmienione lub zupełnie odpadło. Tkanka łączna jest przepojona płynem surowiczym. Nacieczenie tkanki łącznej nie jest wielkie, występuje najwyraźniej około naczyń i w tkance śródmiąższowej. Komórki nabłonkowe w gruczołach były śluzowo zwyrodnione.

Powstawanie wydatności podstrunowych zależy od sprawy zapalnej; co się zaś tyczy istoty zapalenia, to wobec wytworzenia się ognisk tkanki ziarninowej, należy przypuścić przyczynę specyficzną.

Zo względu na to, że tkanka ziarninowa stale ulegała przemianie w bliznę, że, jak to okazał JUFFINGER, okolica podgłośniaowa krtani jest ulubionem miejscem skleromy, że w 2-eh przypadkach wykryto ciała podobne do komórek, że wreszcie w jednym przypadku znaleziono łasieczniki podobne do *bacillus rhinoscleromatis*,—mówca przypuszcza, że jeżeli nie wszystkie, to przynajmniej niektóre przypadki podgłośniaowego przerostowego zapalenia krtani uważać należy za twardziel.

W dyskusyi, po skończonym odczycie, kol. SREBRNY zaznacza, że przed kilkoma laty miał odczyt p. t. „Przypadek twardzieli nosa“. Przypadek ten, ogłoszony w „Nowinach Lekarskich“, ma pewien związek z kwestyą, w odczycie kol. SOKOŁOWSKIEGO poruszoną. Dotyczył on mężczyzny z Wołynia, dotkniętego właśnie sprawą przerostową podstrunową. W nosie kol. SREBRNY zauważył przerost dolnych muszel, który zajmował bardziej kości, niż części miękkie; innych zmian w nosie nie stwierdzono. Chory był umieszczony w oddziale kol. JAWDYŃSKIEGO, gdzie z powodu duszności dokonana została tracheotomia. Na proponowaną przez kol. SREBRNEGO laryngofisurę z wycięciem przerosłych tkanek, chory się nie zgadzał. Przypuszczając, że przypadek ten, zarówno jak i przypadki podobne do opisanych przez kol. SOKOŁOWSKIEGO, są natury twardzielowej, w braku możności zbadania tkanki przerosłej z krtani, kol. SREBRNY postanowił poddać badaniu bakteryologicznemu część błony śluzowej muszli. Badanie to, dokonane przez prof. BUJWIDĄ, wykryło w istocie pasorzyty twardzieli nosa. Po usunięciu przedniego końca dolnej muszli, kol. SREBRNY przekonał się, że znajdując się w nosie większo zmiany, aniżeli pierwotnie można to było skonstatować, mianowicie pod dolną muszlą był guz, który całkowicie był usunięty, a przy badaniu wykryto w nim swoiste dla twardzieli pasorzyty. Okoliczność ta dowodzi, jak ostrożnym

należy być z rozpoznaniem pierwotnej twardzieli bez zajęcia nosa; zmiany bowiem w tym narzędziu wykryte być mogły dopiero po usunięciu przedniego końca z muszli dolnej. Co się tyczy etyologii przedstawionych przez prolegenta przypadków, to sam obraz histologiczny bez przeprowadzenia hodowli nie może być dostatecznie przekonującym. Wroszcio kol. SREBRNY zapytuje, czy po dokonanej laryngofisurze stosowana była metodyczna dylatacja krtani, na którą w tych razach szczególnie nacisk kładzie prof. PIENIAŻEK.

W odpowiedzi kol. SREBRNEMU, kol. SOKOŁOWSKI nadmienia, że dylatacja była dokonana tylko w jednym przypadku, w innych zabieg ten był zbyt czyny. Co się tyczy etyologii danego cierpienia, to choć brak badań bakteriologicznych nie pozwala z pewnością choćby pewne przypadki uważać za twardziel, to jednak sam obraz mikroskopowy przemawia za sprawą swoistą, pochodzenia infekcyjnego, przynajmniej bardzo do twardzieli zbliżoną.

Kol. SĘDZIAK jest zdania, że nazwa „*laryngitis hypoglottica*“, o ile wskazuje umiejscowienie sprawy chorobowej, o tyle o istocie cierpienia nie daje pojęcia. Cierpienie to może być pierwotnem lub wtórnem, to ostatnie wskutek gruźlicy, przymiotu, raka i t. p. Etiologia spraw pierwotnych jest różną, w wielu razach w istocie mamy do czynienia ze sprawą sklerotyczną, za czem przemawiają komórki MIKULICZA i otrzymanie charakterystycznych hodowli laseczników twardzieli. W innych natomiast przypadkach kol. SĘDZIAK spostrzegał t. zw. *blenorrhoeam Störki*; tyfus również jako moment etyologiczny niewątpliwie w tej sprawie ważną może odgrywać rolę. Co się tyczy terapii, to jakkolwiek laryngofisura z następnem wycięciem części przerostychnych najlepsze powinna dać wyniki, niemniej jednak, zamiast odrazu przystępować do poważnej operacji, jaką jest laryngofisura, należałoby uprzednio spróbować metody dylatacyjnej. Metoda ta, chociaż nie zawsze, do celu prowadzi, nie jest jednak zupełnie bezużyteczna, są bowiem opisane przypadki, zwłaszcza przez SCHROETTER'a, które na tej drodze zostały wyłączone. Z dylatorów, przed dylatorami kauczukowymi należy się pierwszeństwo czopkom cynowym SCHROETTER'a, które jednak mogą być stosowane w tych przypadkach, gdzie uprzednio wykonano tracheotomię. Za najodpowiedniejszy jednak zabieg uważa kol. SĘDZIAK intubację, przy której rurka, według jego zdania, może bez obawy pozostawać nawet w ciągu kilku miesięcy.

W odpowiedzi kol. SĘDZIAKOWI, kol. SOKOŁOWSKI zaznacza, że intubacja i dylatacja naraża nieraz chorych na poważne niebezpieczeństwo; dwa razy po wykonanej dylatacji w jego przypadkach przystąpić musiał natychmiast do tracheotomi.

Kol. PRZEWOSKI zaznacza, że z tego, co powiedziano przedtem, widać, że za przyczynę opisywanej przez kol. SOKOŁOWSKIEGO sprawy podgłośniowej podano: a) przeziębienie, b) tyfus, c) *blenorrhoeam Störki*, d) *rhinoscleroma*.

Otóż co się tyczy przeziębienia, to obecnie dobrze wiadomo, jak działa zimno na ustrój. Sprowadza ono miejscowe lub ogólne oziębienie tkanek, które już to na miejscu podziałania, już to w odleglejszych okolicach ciała wywołuje zjawiska chorobowe. Do tych zjawisk należy przy mocnem podziałaniu zimna—śmierć tkanek, przy słabszem—rozmaitego natężenia sprawy zapalne, i przy jeszcze słabszem—zmiany, których morfologicznie określić nie można, a które czynnościowo mogą się wyrazić jako większe lub mniejsze osłabienie, pogńębienie czynności życiowych tkanki. W każdym razie bodziec ten wywołuje zapalenie niespecyficzne zwykle, które z ustaniem szkodliwego działania więcej lub mniej prędko się wyrównywa. Do spraw zapalnych przewlekłych, wzmagających się stopniowo, zimno wówczas tylko mogłoby dać powód, gdyby albo działanie jego ciągle się powtarzało, albo też gdyby, działając krótko, wywołało miejscowo śmierć tkanek, strup nekrotyczny, któryby już sam dalej na miejscu sprawę zapalną podtrzymywał. Podtrzymywanie się bowiem i stopniowe wzrastanie miejscowej sprawy zapalnej wymaga, jako koniecznego warunku, ciągłego powtarzania się bodźców zapalnych, obecności na miejscu ciała obcych, strupów nekrotycznych, nie wysysających się wysięków zapalnych, istniejących i mnożących się na miejscu pasorzytów i t. d. Otóż wszystkich warunków kol. SOKOŁOWSKI przy swoich zapaleniach podgłośniowych wykazać nie może, a nadto sam charakter zmian anatomicznych przy tych zapaleniach był taki, jaki przy samem działaniu tylko zimna nie powstaje. Otóż z tych względów kol. P. myśli, że jeżeli zimno było istotnie w jakim przyczynowym związku z zapaleniem, opisywanem przez kol. SOKOŁOWSKIEGO, to tylko jako miejscowo osłabienie tkanek, które umożliwiło osiedlenie się w nich innych przyczyn, jak np. pasorzytów.

Tyfus brzuszny nierzadko powoduje w krtani powstawanie owrzodzeń nekrotycznych w typowych miejscach, lub też w postaci zapaleń ochrzęstnej. W szeregu tych zmian nie spostrzegano stopniowo wzrastających rozrostów zapalnych podgłośniowych. Jeżeli więc do nich w jakikolwiek sposób mógł dać powód tyfus, to tylko chyba tak jak zaziębienie, a mianowicie przez miejscowe osłabienie tkanki i ułatwienie osiedlania się pasorzytów.

Blenorrhoea Störki nie jest dobrze okrośloną postacią chorobową, a więc niewiadomo, czy objaśniając nieznane zapomocą innych nieznanych, coś zyskujemy na tem.

Pozostaje nakoniec ostatnia przyczyna—*rhinoscleroma*.

P., robiąc poszukiwania anatomiczne, przyszedł do przekonania o możliwości takiej przyczyny, lecz dostatecznych na to dowodów brak. Nie robiono hodowli za świeża, a więc usunięto istnienie dowodu najważniejszego. Pozostały tylko wskazówki czysto anatomiczne, a mianowicie:

- a) obecność tkanki ziarninowej w rozrostach w postaci gniazd ograniczonych;
- b) obecność w jednym z zbadanych przypadków małej ilości drobnoustrojów, występujących w postaci pałeczek, nieco przypominających *bacillus rhinoscleromatis*;
- c) obecność zwyrodnień szklistawych, w niektórych komórkach ziarninowych i miejscami wygląd ich taki, że przypominały komórki MIKULICZA;
- d) zawsze jednakowe zejście tkanki ziarninowej w tkankę bliznowatą.

Otóż wymienione okoliczności jakoteż nowe poszukiwania JUFFINGER'a, które wykazały, że *rhinoscleroma* głównie umiejscawia się w trzech miejscach, a mianowicie: przy wejściu do jam nosowych, w okolicy podniebienia miękkiego i w krtani w okolicy podgłośniowej, — ośmieliły kol. P. do przypuszczenia, że może sprawa zapalna w przypadkach kol. SOKOŁOWSKIEGO jest *rhinoscleroma*; zaznacza wszakże najwyraźniej, że twierdzi tak ze znakiem zapytania i że to przypuszczenie może rozstrzygnąć dalsza obserwacja.

Kol. WRÓBLEWSKI zaznacza, że kto ma doświadczenie szpitalne, ten wiedząc, jak niewdzięczno jest leczenie zapomocą dylatacji, musi dojść do przekonania, że najlepszą metodą jest laryngofisura. Co się zaś tyczy dylatacji, to pomimo dłuższego czasu jej stosowania, kol. W. miał wyniki nieszczególnie. Dylatacji ambulatoryjnie robić nie należy.

Kol. SĘDZIAK nie zgadza się, aby ambulatoryjne stosowanie metody dylatacyjnej miało być niebezpieczne, o czym sam się przekonał; w literaturze opisu złych następstw po dylatacji nie spotykał. Przeciw stosowaniu dylatacji przypadki podane przez kol. SOKOŁOWSKIEGO nie przemawiają i ilość ich jest zbyt mała, aby można było ogólniejsze wyprowadzać wnioski.

Kol. KIJEWSKI twierdzi, że materyał, przedstawiony przez kol. SOKOŁOWSKIEGO, jest ogromny w stosunku do rzadkości cierpienia, a ilość wykonanych z powodu tej sprawy laryngofisur jest wyjątkowa. Gdyby nawet po tracheotomii i dylatacji nie było recydyw, to już samo skrócenie leczenia przemawia na korzyść laryngofisury.

Prof. BRODOWSKI nie zgadza się ze zdaniem kol. PRZEWOSKIEGO, jakoby sprawa opisana była *rhinoscleroma*. Dziwnem by wreszcie było, że pomimo ogromnej ilości badanych skrawków, jeden raz tylko znaleziono pasorzyt podobny do laseczników *rhinoscleromatis*. Nadto częstość pierwotnej sprawy w krtani, brak zmian pierwotnych, właściwych temu cierpieniu w nosie, a zwłaszcza możność radykalnego usunięcia, nie pozwala na stanowcze rozpoznanie *rhinoscleromatis*. Być może, że mamy do czynienia ze sprawą infekcyjną, analogiczną z *endocarditis fibrosa*, która, jak wiadomo, od rozmaitych może zależeć pasorzytów, a które także czasem wykrywać się nie dają.

Kol. PRZEWOSKI odpowiada, iż on tylko utrzymuje, że sprawa zapalna podgłośniowa w przypadkach, przedstawionych przez kol. SOKOŁOWSKIEGO, wygląda tak, że zmusza do przypuszczenia przyczyny swoistej, ale zgadza się najzupełniej z tem, iż ta przyczyna może być inna, niż *bacillus rhinoscleromatis*.

Kol. SOKOŁOWSKI nakoniec twierdzi, że i ze stanowiska klinicznego wszystkich przypadków *laryngitidis hypoglotticae* nie uważa za sprawę twardzielową. Wszystkie spostrzegane przez niego przypadki dotyczyły wieśniaków, ludzi pracujących fizycznie, usposobionych do ciężkich postaci kataru krtani, *rhinoscleroma* zaś przeważnie zdarza się pośród ludności miejskiej, przytem sprawa twardzielowa, choć powoli, lecz postępuje, tymczasem w jednym z przypadków, spostrzeganych przez 1½ roku, recydywa nie nastąpiła.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

62. MARIE. Przegląd porównawczy zmian rdzeniowych w porażeniu postępującym i władzie. Zmiany anatomiczne w rdzeniu przy porażeniu postępującym stwierdzone są od bardzo dawna, zarówno jak znane jest współistnienie objawów klinicznych władu i porażenia postępującego. O wzajemnym stosunku obu tych chorób panuje w nauce pewna niezgodność. Gdy jedni, jak RAYMOND, RENDU utożsamiają je całkowicie, inni, jak BALLE, są wręcz przeciwnego poglądu; niektórzy znowu, jak JOFFROY, uważają wład i porażenie ogólne za cierpienia pokrewne, które, jakkolwiek często zjawiają się w następstwie przebytego przymiotu, mają jednak istotne i wspólne źródło w dziedziczności.

Ze spostrzeżeń M. wynika, wbrew twierdzeniu niektórych autorów, że fakt powikłania władu porażeniem postępującym należy do dość rzadkich zjawisk klinicznych. Odwrotnie, do obrazu klinicznego porażenia postępującego znacznie częściej dołączają się objawy zajęcia tylnych pęczków rdzeniowych. Przechożąc do wzajemnego stosunku tych chorób pod względem anatomo-patologicznym, zaznacza M. przede wszystkim, że wogóle zmiany chorobowe w tylnych pęczkach rdzeniowych nie należą wcale do spraw, mających jedno i to samo pochodzenie. Tak np., jak to w jednym z poprzednich swych klinicznych wykładów starał się M. dowieść, zajęcie tylnych pęczków w władzie różni się od analogicznych zmian przy pellagrze tem, że w władzie zmiany te są pochodzenia zewnątrzrdzeniowego, mianowicie są wynikiem zajęcia tylnych korzeni (wskutek pierwotnych zmian w komórkach zwojów rdzeniowych), gdy w pellagrze uznać należy pochodzenie wewnątrzrdzeniowe stwardnienia tylnych pęczków, wywołanego przez pierwotne zmiany w samym rdzeniu, mianowicie w t. zw. komórkach pęczka tylnego (znajdujących się w szarej substancji i grających rolę troficzných centrów wzmiarkowanych pęczków). Zestawiając obrazy zmian anatomicznych w rdzeniu przy władzie i porażeniu ogólnym, M. stwierdza, że przy tem ostatnim cierpieniu t. z. *zone cornu-radiculaire*¹⁾ pozostaje nieknięta, a w władzie zwyrodnienie tego obrębu jest właśnie charakterystyczne i o zewnątrzrdzeniowym pochodzeniu zmian tabetycznych decydujące. Albowiem obraz wtórnego zwyrodnienia w rdzeniu, po przecięciu tylnych korzeni, jest zupełnie analogiczny z tym, jaki dają początkowe okresy władu; i tu i tam, idąc od dołu ku górze, widzimy przede wszystkim zmiany w tym obrębie. Pominięcie tego terytorium przez sprawę chorobową w przypadkach porażenia postępującego już samo przez się dowodzi, że zwyrodnienie pęczka tylnego w tem cierpieniu i w władzie — są to sprawy różne. Za wewnątrzrdzeniowym pochodzeniem zmian przy porażeniu postępującym przemawia zwyrodnienie t. z. pęczka przecinkowatego (*bandelette en virgule*)²⁾, które napotykanym przy porażeniu postępującym, a które, jak to M. dowiódł, wcześniej, zależy od zmian w istocie szarej rdzenia. W obrębie tylnego pęczka spotykamy jeszcze przy porażeniu postępującym zwyrodnienie t. z. pasa środkowego FLECHSIG'a (część bezpośrednio przylegająca do brzozy podłużnej tylnej), który natomiast w władzie bywa zazwyczaj pominięty przez sprawę chorobową. Otóż zwyrodnienie w obrębie pęczka przecinkowatego oraz pasa środkowego FLECHSIG'a, nienapotykanie w sprawach zewnątrzrdzeniowego pochodzenia, a spostrzegane w porażeniu postępującym, widzieć się daje w kierunku zstępującym przy niektórych sprawach chorobowych, poprzecznie rdzeń obejmujących, mianowicie urazowych i uciskowych; podobieństwo w szczegółach bywa nawet niekiedy uderzające. Przyczynę tego zwyrodnienia jak w jednym tak i w drugim przypadku upatruje M. w pierwotnych zmianach, jakim ulegają „komórki pęczka tylnego“ opisane przez RAMON

¹⁾ Jest to część pęczka BURDACH'a, przylegająca do środkowej trzeciej części tylnego rogu, będąca miejscem wnikania korzeni do substancji szarej.

²⁾ Jest to część pęczka tylnego, na poprzecznym przekroju przedstawiająca się w postaci wąskiej, podłużnej, nieco wygiętej blaszki, przebiegającej prawie równolegle do tylnego rogu, zupełnie odosobnionej zarówno od tego ostatniego, jak i od spoidła szarego, tylnej brzozy i obwodu rdzenia; zwyrodnienie tego pęczka napotyka się przy poprzecznym zajęciu rdzenia, a właściwie jego istoty szarej, szerzy się ono w kierunku wstępującym.

Y CAJAL'a, KOELLIKER'a i innych, a służące jako ośrodki troficzne dla omawianych włókien białych.

Zmiany w rdzeniu przy porażeniu ogólnem nie dotyczą jedynie tylnych pęczków, spostrzegamy je i w pęczkach bocznych. Jakkolwiek obejmują one terytorium dróg piramidalnych skrzyżowanych, to jednak nie mogą być uważane za jedno ze zwyrodnieniem wtórnem tych dróg, właściwem porażeniem połowicznym pochodzenia mózgowego: po pierwsze, zwyrodnienie pęczka bocznego przy porażeniu postępującem nie trzyma się ściśle granic dróg piramidowych, przekracza je bowiem częstokroć, następnie nie towarzyszy mu zwyrodnienie w pęczku piramidalnym nieskrzyżowanym i wreszcie często zwyrodnienie to nie daje się wysledzić powyżej rdzenia przedłużonego, na wysokości którego zatrzymuje się. M. nie zgadza się na tłumaczenie niektórych autorów (WESTPHAL), uważających zwyrodnienie to za samoistne, lecz broniąc zasady, iż wszelkie zwyrodnienie włókna nerwowego zależy bezpośrednio bądź od zmian w jego ośrodku troficznym, bądź też od zerwania łączności między włóknem, a jego komórką troficzną, przychodzi do wniosku, że i w danym razie przyczyną zwyrodnienia są pierwotne zmiany w komórkach substancji szarej, będących troficznymi ośrodkami dla pęczków bocznych. Wniosek ten popiera niezaprzeczone podobieństwo między zwyrodnieniem pęczka bocznego w porażeniu postępującem, a taką sprawą w *sclerosis lateralis amyotrophica*; co się zaś tego ostatniego dotyczy, to dowiódł był M. na innem miejscu, że zależy on od pierwotnych zmian w „komórkach pęczka bocznego“.

Tak więc zarówno zmiany w pęczku tylnym, jak i w bocznym, przy porażeniu postępującem są wynikiem zmian w istocie szarej rdzenia, zależą od pewnego rodzaju *poliomyelitis*, obejmującej niektóre specjalne elementy substancji szarej.

Zdarzają się jednak takie przypadki porażenia postępującego, w których zmiany rdzeniowe dotyczą li tylko pęczka tylnego i posiadają cechy właściwe wiądowi (zwyrodnieniu ulega pas korzeniowy t. z. *zone cornu-radiculaire*), tak, iż pochodzeniu zewnątrzrdzeniowemu sprawy chorobowej nie da się zaprzeczyć. Są to te właśnie postaci, które uważane być mogą za połączenie wiądu z porażeniem postępującem, ponieważ tylko w nich zmiany anatomiczne posiadają cechy charakterystyczne dla wiądu. Klinicznie różnią się one od typu powyżej rozpatrywanego, którego cechą anatomiczną jest skombinowane, tylnoboczne stwardnienie, tem, że w nich na pierwszym planie występują i przez lata całe trwają objawy wiądu, zaś zaburzenia mózgowe zjawiają się następnie i w stopniu słabym. Różnica w obrazie klinicznym tych dwóch typów bywa tak znaczna, że już *a priori* przypuszczać każe różnorodność ich procesu anatomicznego. Zdarza się też, że w jednym i tym samym rdzeniu napotkać można zmiany obu kategorii — pochodzenia zewnątrz i wewnątrzrdzeniowego — jest to typ mieszany. Tak więc przymiot, który jest najczęstszą przyczyną wiądu i porażenia postępującego, może działać na rdzeń dwojako: bądź to w kierunku z zewnątrz do wewnątrz za pośrednictwem korzeni tylnych, bądź też bezpośrednio na substancję szarą rdzenia; oba te działania mogą występować i jednocześnie. Fakt, że pewna przynajmniej część zmian rdzeniowych w porażeniu postępującem zależy od pierwotnych zmian w komórkach istoty szarej, wiąże się ze zdaniem niektórych autorów (JOFFROY, PIERRET), że i zmiany mózgowe w porażeniu postępującem są pochodzenia parenchymatycznego. Z tego punktu widzenia można by wszystkie, albo prawie wszystkie zmiany przy porażeniu postępującem uważać za wyniki bezpośredniego działania czynnika chorobotwórczego (przymiotu, zatrucia) na komórki nerwowe rozmaitych części układu mózgowego, jako to: mózgowia, istoty szarej rdzenia (dla zmian wewnątrzrdzeniowego pochodzenia) i zwojów rdzeniowych (dla zmian pochodzenia zewnątrzrdzeniowego).

(*Gazette des hôpitaux. N-r 7. 94.*)

S. Bernstein.

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za m. kwiecień r. b.

Pozostało z poprzedniego miesiąca chorych 41 (m. 20, k. 21); przybyło w kwietniu 68 (m. 32, k. 36); wypisało się 71 (m. 33, k. 38); zmarło 8 (m. 4, k. 4).

W porównaniu z ubiegłym miesiącem ogólna ilość chorych, jak i poszczególne rubryki były prawie takież same. Najliczniejszą, jak zwykle, zajmuje ospa, następnie róża i tyfus wysypko-

wy. Chorych na ospę mieliśmy 20 (m. 12, k. 8). Pochodzili oni z następujących ulic i domów: Krochmalna 55, Plac Warecki 3, Hortensya 7, Folwarczna 21, Marszałkowska 151, 104 i 86 (trzy przypadki), Dworzec Wiedeński, Senatorska 26, Żórawia 35, Prosta 4, Wolska 39, Sienna 13 (dwa przypadki), Krucza 16, Gęsia 21, Wronia 24 i wieś Miłosna. Zmarło na ospę chorych 5 (m. 1, k. 4), z których 3 dzieci; wszyscy nieszczepieni.

Drugie miejsce pod względem ilościowym przypada na różę, której mieliśmy przypadków 12 (m. 6, k. 6), wszystkie z zakończeniem pomyślnem. Chorzy pochodzili z ulic: Bielańska 6, Plac Warecki 3, Marszałkowska 91, Nalewki 31, Złota 21, Nowo-Wielka 11, Nowolipie 8, Piękarska 5, Podwał 28, Wolska 22, wieś Wola i Jabłonna.

Częstość tyfusu wysypkowego wciąż się waha w rozmiarach bardzo nieznacznych; mieliśmy go tylko przypadków 8 (m. 4, k. 4), z których jeden był śmiertelny. Chorzy pochodzili z ulic: Elektoralna 24, Aleksandrya 18, Browarna 16, Złota 74, Pańska 92, Leszno 71, wieś Rakowiec i Bendin.

Na uwagę zasługuje znaczne zmniejszenie się odry, której mieliśmy tylko 6 przypadków (m. 4, k. 2). Wszystkie u dorosłych z różnych punktów miasta.

Tyfusu brzuszno-gięsowego pochodzenia nie mieliśmy wcale. Dwa jego przypadki pochodzą z okolic podmiejskich: Czyste i Marki. Z innych form zakaźnych mieliśmy: 4 przypadki zapalenia płuc włóknikowego, 3 przypadki *anginae follicularis* i po jednym: płonicy, gruźlicy, dyfterytu i zimnicy.

J. Sz waj cer.

Wiadomości bieżące.

— Prof. HOYER ukończył w N-rze 19-y „Wszechświata” artykuł rozpoczęty w N-rze 3-cim tegoż pisma p. t. „Mózg i myśl”. Na artykuł ten zwracamy uwagę naszych czytelników; pomimo bowiem popularności, z jaką dla szerokiego ogółu napisany został, niemniej odznacza się on ścisłością, traktując o kwestyi, poruszającej najciekawsze zadania z dziedziny fizjologii mózgu i psychologii. Autor, nie należąc do krańcowych obozów, stoi na stanowisku badacza-przyrodnika, dla którego obecne środki poznania, jakimi rozporządzamy, nie są dostateczne, aby rozwiązać zagadki, z istnieniem naszym związane. Praca, o której mowa, może być z wielkim pożytkiem przez każdego odczytana i stanowi prawdziwe odświeżenie dla umysłów lekarskich, może za mało dociekaniom szerszego pokroju się oddających.

— Do Komisji, mającej obradować nad przyznaniem nagrody imienia Adama CHOJNACKIEGO za najlepszą pracę z zakresu nauk lekarskich, powołani zostali przez tutejszy fakultet lekarski z kół pozauniwersyteckich koledzy: RAUM, SOMMER i ANDERS. W liczbie członków, z urzędu zasiadających, znajduje się prof. J. KOSIŃSKI.

— W ostatnich czasach pisma codzienne poruszają na nowo, po raz już nie wiadomo który, kwestyę przenosin szpitala Dzieciątka Jezus na folwark Ś-to Krzyski. Zda się, że z wypowiedzeniem ostatniego słowa w tym przedmiocie wstrzymać się jeszcze należy, niewiadomo bowiem, jaka ostatecznie na radzie ministrów zapadnie uchwała. Z kwestyą wspomnianych przenosin łączy się ściśle inna, a mianowicie budowa klinik, na co jeszcze podobno niema pieniędzy; że zaś w kwestyach, w których wchodzi w grę poważniejsze summy, nie naprzód wyrokować nie

można, przeto i w tym razie o owe fundusze cała sprawa zahaczyć się może. W najlepszym razie sprawa ta co najmniej jeszcze jakiś rok jeden, drugi potrwa.

— Z nadesłanego nam sprawozdania z Zakładu gimnastyki szwedzkiej i masażu p. H. Kuezalskiej, w którym lekarzami są D-rzy: SOLMAN, KURTZ i ŚŁAWIŃSKI, dowiadujemy się, iż w ciągu ubiegłego 1893-go roku, a drugiego roku istnienia rzeczzonego Zakładu, korzystało z gimnastyki i masażu osób 248. Różne skrzywienia kręgosłupa, zanik mięśniowy, porażenie kończyn, otyłość, atonia kiszek, gościec mięśniowy i t. p., stanowiły przeważnie materiały, przedmiotem leczenia będący. Wyniki wogóle otrzymywano zadowalniające. Dodać należy, iż w ciągu 3-ich miesięcy letnich zakład był zamknięty, zatem cyfry powyższe dotyczą działalności zakładu za czas 9-cio miesięczny. W ostatnich czasach właścicielka zakładu wprowadziła bardzo pożyteczną nowość, a mianowicie, że w miesiącach cieplejszych młodzież wykonywa ćwiczenia gimnastyczne na świeżem powietrzu, udając się wspólnie omnibusami do obszernego ogrodu przy ulicy Marszałkowskiej i Hożej położonego.

— Przy ulicy Bielańskiej N. 18 otworzony został w mieście naszym: specjalny Zakład dla chorych na oczy, przez D-rów Michała KĘPIŃSKIEGO i Wład. GARLIŃSKIEGO. Opłata w oddzielnych pokojach razem za wszystko wynosi od rs. 2—4-ch dziennie, w salach wspólnych po rs. 1 kop. 50. Operacye placą się oddzielnie. Przy Zakładzie urządzone zostało ambulatoryum dla przychodzących chorych, za opłatą po 30 kop. od osoby.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwaliło wyrazić prof. CYBULSKIEMU uznanie za

kierowanie Komitetem polskim na Zjeździe międzynarodowym w Rzymie i poleciło zamieścić to w protokole posiedzenia.

— VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23 do 26 lipca 1894 r. W sekcji higieny i medycyny sądowej uchwalono następujące zagadnienia i temata, jako nadające się do referowania na Zjeździe: **Etyologia chorób zakaźnych:** 1) Obecny stan nauki o etyologii chorób zakaźnych. 2) Etyologiczne i profilaktyczne doświadczenia o cholerze w ostatnich dwóch latach w naszym kraju. Objął D-r KROKIEWICZ, prosektor szpitala we Lwowie. **Profilaktyka chorób nagminnych:** 3) Zapobieganie szerzeniu się kily w kraju. 4) Jakie zarządzenia sanitarno-policyjne są dla zapobiegania i tłumienia cholery niezbędne? 5) Czy i w jaki sposób istnieje niebezpieczeństwo rozwlekania chorób zakaźnych przez wolny a niedozorowany handel szmatami i starą odzieżą i w danym razie przedstawić zarządzenia zaradcze? **Higiena wieku dziecięcego:** 6) Rozpostarcie opieki nad niemowlętami i podrzutkami. Objął D-r MERZYŃSKI dyrektor szpitala św. Zofii we Lwowie. **Higiena szkolna:** 7) Rozpostarcie opieki higienicznej nad młodzieżą szkolną. 8) Jak mają być zbudowane ławki szkolne, aby odpowiadały nie tylko ogólnej higienie, ale w szczególności higienie wzroku, jako *prophylacticum* przeciwko wzmagananiu się myopii? Objął D-r SZPILMAN profesor szkoły weterynaryjnej we Lwowie. 9) O ile jest szkodliwem pismo ukośne dla prawidłowego rozwoju dziecka w przeciwieństwie do pisma prostopadłego? 10) Higiena szkół publicznych na podstawie czynnego dozoru lekarskiego, zmierzającego przede wszystkim do przeszkodzenia rozszerzaniu się chorób zakaźnych. 11) Czy istnieje potrzeba udzielania elementarnych zasad higieny w szkołach ludowych i rzemieślniczych i w jakich granicach, wskazać się mających przez podanie szkicu nauki? Objął D-r PAWLIKOWSKI, fizyk miasta Lwowa. **Higiena robotników:** 12) Czy istniejące przepisy są wystarczające dla zabezpieczenia zdrowia i życia robotników, pracujących przy wznoszeniu budo-

wli? **Higiena artykułów żywienia i napojów:** 13) Masło margarynowe porównać co do użyteczności z masłem zwykłym i wykazać tudzież ocenić inne, podobne surogaty. 14) Jakież są sposoby zapobiegania rozszerzaniu fałszowanych artykułów żywności i napojów? 15) Roztrząśnienie projektu do ustawy o fałszowaniu pokarmów i napojów. Objął D-r OBRUŁOWICZ lekarz powiatowy we Lwowie. **Higiena miast:** 16) Kąpiele ludowe według systemu D-ra LASSAR'a, jako przedsięwzięcie. 17) Jaki jest najtańszy i najskuteczniejszy sposób usuwania śmieci z miast? 18) O nowych urządzeniach rzeźni i targowic wiktuałów, ze stanowiska higienicznego i weterynaryjno-policyjnego. Objął D-r SZPILMAN. 19) Ocenę na podstawie najnowszych badań higieniczne własności wody i wykazać użyteczność różnych filtrów do wody do picia. (Wykład z demonstracją). 20) Towarzystwo celem budowy tanich pomieszczeń i jakie wyniki dotychczas osiągnięto przez przedsiębiorstwa obliczone na zysk? 21) Jaki jest najlepszy i najtańszy sposób niszczenia opatrunków i słomy szpitalnej? 22) Wykazać związek przyczynowy zaopatrywania miast w wodę z pojawianiem się i rozszerzaniem chorób zakaźnych i wysnuć praktyczne rady i wnioski. 23) Jaki jest najodpowiedniejszy w naszym klimacie sposób usuwania odchodów ludzkich z uwzględnieniem czystości wód bieżących? Objął D-r OPOLSKI prym. sz. kr. we Lwowie. **Higiena komunikacji:** 24) Znaczenie higieniczne taniej i łatwej komunikacji w miastach. **Higiena publiczna:** 25) Jak najskuteczniej zapobiegać pijaństwu w kraju? 26) System kolonizacji obok istniejących w kraju zakładów obłąkanych. 27) Uwagi, że w wielu miejscowościach kraju świerzb u ludzi stale się zagnieżdża i całą ludność jednej miejscowości obejmuje, jakie należy poczynić środki zaradcze wobec tego, że leczenie świerzbowatych w szpitalach nie okazuje się wystarczającym? 28) Wpływ na zdrowie zajęć rozmaitych zawodów umysłowych u kobiet. **Medycyna sądowa:** 29) O znaczeniu gonokoków NEISSER'owskich pod względem sądowo-lekarskim. Objął D-r OBRUŁOWICZ.

Kolegów, którzy wnieśli opłatę lub zapisali się na **Atlas anatomiczny** prof. **Z. Łaskowskiego**, oraz tych, którzyby go nabyć chcieli, uwiadamiamy, iż atlas ten nadejdzie w czerwcu. Nabyć go można u wydawcy „Medycyny” d-ra **L. Guranowskiego** (Marszałkowska 129). Cena atlasu z tekstem francuskim i łacińskim, złożonego z 16 wielkich tablic chromolitograficznych, wiernie naturę przedstawiających, wynosi 65 franków według bieżącego kursu, do czego cenę przesyłki z zagranicy do Warszawy i z Warszawy na miejsce przeznaczenia dołączyć należy.

Do dzisiejszego numeru dołącza się cyrkularz Apteki Kucharzowskiego w Warszawie.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 11 Мая 1894 г.

Друк К. Ковалевського. Крólewska 29.