

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Ś. p. D-r Romuald Płaskowski, skreślił d-r K. Rychliński. — Wyniki badania bakteriologicznego wody filtrowanej w Warszawie w r. 1895, podał Aleksander Żurkowski. — Przyczynę do kazulistyki samolstnego włóknikowego zapalenia oskrzeli (Bronchitis fibrinosa Idiopathica), podał Jakób Puterman (Sosnowice). — **Wykłady kliniczne.** Syringomyelia, podał D-r med. H. Higler. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 69. Zastosowanie promieni Röntgena do rozpoznawania chorób wewnętrznych. 70. O leczeniu przyniotu zapomocą hemolu rtęcio-jodowego. 71. Leczenie gruczołem tarczowym. 72. Przyczynę do leczenia mar-kości wątroby. Mocznik jako środek moczopędny. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

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

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Rychliński—Romuald Płaskowski. 2) D-r A. Żurkowski—Les résultats de l'examen bacteriologique de l'eau filtrée de la ville de Varsovie pendant l'année 1895. 3) D-r J. Puterman — Contribution à la casuistique de la bronchite fibrineuse Idiopathique.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Rychliński—Romuald Płaskowski. 2) D-r A. Żurkowski—Die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchungen des filtrirten Wassers der Stadt Warschau im Jahr 1895. 3) D-r J. Puterman — Ein Beitrag zur Kasuistik der Bronchitis fibrinosa Idiopathica.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obozna str. 5.

Ś. P.

D-r ROMUALD PŁASKOWSKI.

Złamany chorobą, która od 4 lat przeszło przykuła wiekowego człowieka do jednego miejsca, legł 24 z. m. na wieczny spoczynek ś. p. d-r med. Romuald PŁASKOWSKI.

Życie każdej jednostki, spełniającej sumiennie swe obowiązki, pojmującej dokładnie i jasno swe ziemskie powołanie, jest to historia, której przedstawienie przechodzi me siły; tembardziej przeto kusić się nie mogę o przedstawienie dokładne życia człowieka, któremu sądzonem było spełniać wielorakie obowiązki: ordynatora szpitala Św. Jana Bożego, docenta psychiatrii i medycyny sądowej i pisarza niepośledniego.

Urodzony 7 lutego 1821 roku w Płockiem, spędził ś. p. P. swe chłopięce lata w zamożnym domu obywatelskim. Nauki lekarskie ukończył w Juriewie w r. 1846, praktykę zaś rozpoczął w Warszawie. Dla dopełnienia swych wiadomości lekarskich, udał się do Niemiec, Francji i Anglii, gdzie w ciągu dwóch lat sumiennie uczęszczał na wykłady cenniejszych klinicystów i po powrocie do kraju wkrótce, gdyż już w r. 1854, został mianowany nadetatowym ordynatorem w szpitalu Ś-go Rocha.

Obdarzony od natury umysłem intuicyjnym, umysłem skłonny do psychologicznej analizy, niedługo wytrwał ś. p. P. na stanowisku lekarza internisty, i już w r. 1857, wsparty dość znacznem na owe czasy stypendyem, wyjechał na 1½ roku zagranicę, dla wystudyowania urządzeń zakładów dla umysłowo chorych i dla zaznajomienia się z duchem panujących wtedy poglądów na istotę cierpienia umysłowego. Sprawozdanie z wycieczki tej przynosi chwałę nieboszczykowi, tchnie bowiem z niego przejęcie się tętneś ówczesnych umysłów, tchnie gorąca miłość i współczucie dla nieszczęśliwych. Te dwie podniosłe cechy charakteru ś. p. P. błyszczały jasneś światłem przez długi Jego żywot. Ani niepowodzenia życiowe, ani nieszczęścia rodzinne nie mogły zatrzeć w nieboszczyku tej słodyczy, z jaką zwracał się On do chorych. Ze słowem pociechy, ze słowem perswazyi i napomnienia, z całą cierpliwością i pogodnem obliczem wysłuchiwał ś. p. P. skargi nieszczęśliwych chorych. Całe godziny spędzał wśród tych, którym omamy szeptały podniecie do czynów zniszczenia lub wyrządzenia obelgi, których urojenia wynosiły na trony lub dawały niepomierne bogactwa, których wreszcie wszyscy prześladowali. Ten, kto zna urządzenia szpitalne dla chorych umysłowych, a specyalnie urządzenie ówczesne, a poczęści i tegoczesne szpitala Ś-go Jana Bożego, podziwiać będzie niezachwiany spokój, z jakim ś. p. P. w ciągu lat 30-tu ordynował w tym szpitalu.

Działalność profesorska ś. p. PŁASKOWSKIEGO przedstawi się w należyteś oświeśleniu wtedy, gdy się cofniemy wstecz do czasów, w których rozpoczął swe wykłady młody adjunkt „psychiatriki“, jak wtedy nazywano naukę o chorobach umysłowych. Zachód o potężnej kulturze wahał się uznać psychiatrię za naukę samodzielną; ówczesni pionierzy przedwstępneś bojeś zdobywali sobie uznanie i słusność w imię głośzonych zasad. U nas zaś opieka nad umysłowo chorymi poczęła zaledwie wyłaniać się z pod opiekuńczych skrzydeł zakonu, w murach którego znajdowali się dzielni i współczujący dozorczy, ale nie ludzie nauki, którzyby cierpienie umysłowe rozpatrywali z punktu widzenia naukowego. Ś. p. P. musiał posiadać wiele wiedzy, musiał mieć dar przekonywania, skoro udało mu się wprowadzić do programu nauk lekarskich i psychiatrię.

Krzewienie racjonalniejszych poglądów na istotę cierpienia umysłowego, gdyby nawet innych dodatnich stron w wykładach ś. p. prof. PŁASKOWSKIEGO nie było, stanowiłoby wiekopomną zasługę zmarłego, oddaną na ołtarzu dobra publicznego. Lecz wielce oryginalną cechą zmarłego profesora była wybitna samodzielność, nie poddająca się utarteś rutynie ówczesnych badań. Ś. p. P. dla czytelnika, obeznaneś z literaturą psychiatryczną, pozostaje do dziś dnia oryginalnym i nowym, i wolno nam krytykować Jego poglądy, wolno nam spierać się co do słusności lub niesłusności Jego twierdzeń, wolno wreszcie powiedzieć, że są to poglądy nieumotywowane, nie mogące zdobyć sobie praw obywatelstwa; ale trzeba uchylić czoło przed ogromem wiedzy, jaką zdradzał na każdym kroku pierwszy u nas profesor psychiatrii. Od czasów ś. p. PŁASKOWSKIEGO datuje się chwila, gdy na rodzinnej glebie powstawać zaczęła psychiatria, jako specyalna gałęź obszernej wiedzy lekarskiej, i gdy psychiatrzy-praktycy weszli w obręb codziennych potrzeb naszej braci lekarskiej.

Co *ex cathedra* głosił swym słuchaczom zmarły, to samo niemal drukiem przekazywał potomności. Szereg prac ś. p. PŁASKOWSKIEGO jest znaczny, niektóre zaś z nich świadczą o niespożytej wiedzy, jaką posiadał ten człowiek w obranym kierunku. „Psychiatria“ PŁASKOWSKIEGO w dwóch obszernych tomach, jest pierwszym podręcznikiem, w polskim języku napisanym; w nim przebija chęć ściśle naukowego rozsądzania podjętej kwestyi.

Mury szpitalne, ciasne audytoryum nie wystarczały ś. p. P. do wypełnienia swego zadania, przenosił się też często do obszernych sal sądowych i tam ze znajomością rzeczy i z ogniem wskazywał sprawiedliwości drogę do istotnego zrozumienia czynów przestępnych, w obłędzie popełnionych. Dochodzenia sądowo-lekarskie, które niejednokrotnie podejmował ś. p. P., nie mając charakteru ścisłej samodzielności, świadczą o wielkiem odczytaniu nieboszczyka, świadczą o Jego wielkiej znajomości duszy ludzkiej.

Umysł, który przez wiele lat czytał w duszach innych, który potrafił z całą względnością i pobłażliwością panować nad słabostkami innych, uczynił ze ś. p. PŁASKOWSKIEGO jednostkę o wielkiej popularności. Wszyscy Go też szanowali i lubili. Był on człowiekiem, który miłować potrafił, co godne miłości Jego było, a zapis, uczyniony przez nieboszczyka na rzecz rozwoju rodzimej psychiatrii, świadczy o podniosłej duszy tego męża. Ten, kto swój wdowi grosz poświęca dla dobra publicznego, ten, kto przez całe, długie i twarde życie zbiera grosz po groszu, by po śmierci swej zabezpieczyć rozkwit i byt ukochanej przez się idei, musi być niepowszednim umysłem. Cześć przeto pamięci człowieka, który wiele dobrego zrobił!

D-r K. Rychliński.

Wyniki badania bakteriologicznego wody filtrowanej

w WARSZAWIE w r. 1895.

podał Aleksander Żurkowski.

(Rzecz odczytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 12 maja 1896 roku).

Badanie wody filtrowanej, zarówno jak pochodzącej wprost z Wisły, pozwoliło mi przyjść do niektórych wniosków, niezgodnych z panującymi pojęciami. Aby lepiej to uwydatnić, pozwalam sobie streścić w krótkości to, co zrobiono na tem polu przedemną.

BERTSCHINGER w Zurychu, KUMMEL w Hamburgu i inni, badając wpływ filtracji piaskowej na wodę, przyszli do wniosku, że filtrat nie powinien zupełnie zawierać bakteryi; jeśli się one tam znajdują, to pochodzą wskutek zanieczyszczenia wody zzewnątrz. Później PIEFKE w Berlinie potwierdził z początku te badania, wkrótce jednak przekonał się, że żadną miarą nie udaje się usunąć z filtratu tej niewielkiej ilości pasorzytów, pomimo zastosowania wszelkich ostrożności. Dokonał więc on do spółki z FRAENKEL'em szeregu badań powtórnych, i wtedy okazało się, że pierwotny jego wniosek był mylny,

t. j. że bakterye przechodzą przez warstwę piasku. Wtedy to ustanowiono normę 300 bakteryi w 1 ctm. sz. wody przefiltrowanej. Najwięcej jednak wrażenia sprawiła praca KOCH'a, p. t. „Wasserfiltration und Cholera“, w której znakomity ten uczony dowodzi, że brak filtrów spowodował groźną epidemię cholery w Hamburgu, że błędy techniczne w filtrowaniu były przyczyną krótkotrwałej epidemii cholery w Altonie i epidemii w Nietleben, a nawet podobne błędy miały jakoby wywoływać w różnych czasach epidemie tyfusu w Berlinie. Opierając się nie na swoich zresztą badaniach bakteriologicznych, a także na doświadczalnej pracy PIEFKE'go i FRAENKEL'a, wypowiedział KOCH znane wnioski w sprawie ograniczeń eksploatacji filtrów. Dzięki olbrzymiej powadze KOCH'a w Prusiech, już miały się one stać obowiązującymi dla wszystkich urządzeń filtrujących wodę, gdy powszechny niemal protest inżynierów spowodował zwołanie komisji mieszanej, która wydała szereg tymczasowych przepisów z zastrzeżeniem, że mają być one obowiązujące jedynie podczas grożącej epidemii cholery i dotąd, dopóki dokładne badania nie dostarczą materiału, na podstawie którego możnaby ściśle sformułować to, czego spożywczy mają prawo wymagać od filtrów.

Rdzeń przepisów KOCH'a polega na usuwaniu wody, zawierającej więcej, niż 100 bakteryi w 1 ctm. sz., i zaniechaniu szybkości filtracji większej, niż 100 mm. na godzinę. Samo przez się rozumie się, że badania bakteriologicznego wody należy dokonywać codziennie, i to wody ze wszystkich filtrów. Przepisy komisji brzmią łagodniej. Nie wymaga ona trzymania się ściśle owej sakramentalnej setki bakteryi, lecz zaleca wytworzenie dla każdego urządzenia filtrującego wodę swej własnej normy przy pomocy codziennego systematycznego badania. Reszta przepisów komisji jest natury bądź technicznej, bądź dotyczy sposobu dokonywania kontroli bakteriologicznej.

Co do Warszawy, to, jak powszechnie wiadomo, badania tego dokonywał w swej pracowni prof. BUJWID od roku, zdaje mi się, 1888. Dokonywano tego badania raz na miesiąc z próby wody zaczerpniętej z jednego tylko filtru, wraz z próbą wody wiślanej, z osadnika i ze zbiornika wody czystej, a także z kranu wodociągowego w pracowni. Dodać należy, że dokonywano pospolicie rozbioru tylko jednej próby każdego gatunku wody. Trwało to do drugiej połowy 1892 r., gdy w obawie wybuchu cholery, zaczęto dokonywać kontroli raz na tydzień, lecz zawsze z jednego jakiegokolwiek filtru. Po wyjeździe prof. BUJWIDA, zajął jego miejsce kol. PALMIRSKI i rozpoczął nawet dokładniejsze badania codzienne na stacji filtrów w styczniu 1894 r. nad próbami wody ze wszystkich filtrów; w połowie jednak marca przerwał to zajęcie, poczem rzeczy szły po staremu, z tą różnicą, że oprócz badania próby wody z jednego filtru, dokonywanej przez kol. PALMIRSKIEGO, także badanie, lecz ze wszystkich filtrów, wykonywał p. inż. BAGIŃSKI, naczelnik stacji filtrów. Dopiero w końcu r. z. zająłem się systematycznym badaniem wody, co aż do chwili obecnej wypełniam.

Jak to łatwo wnioskować, badanie wody raz na tydzień z jednego jednego filtru, tembardziej badanie w odstępach miesięcznych, może zadowolić bardzo skromne tylko wymagania. Cóż - bo to nie może się stać z rozmaitymi filtrami w owych tygodniowych i miesięcznych przerwach! Jakąż praktyczną lub teoretyczną wartość może mieć kilkanaście lub kilkadziesiąt liczb, które nie mogą być porównywane z sobą?

To też nic dziwnego, że w pracy prof. BUJWIDA, umieszczonej w r. 1893 w „Medycynie“ p. t. „Uwagi nad działaniem filtrów. Sposoby oczyszczania

wody do picia“, jest dość dużo uwag, podobnych zresztą do twierdzeń Koch'a, uwag bądź dotyczących techniki filtrowania przez piasek, bądź stanowiących wnioski z badań bakteriologicznych, z którymi zgodzić się nie mogę.

W krótkim artykule kol. PALMIRSKIEGO, zamieszczonym w „Medycynie“ w r. 1894, należy zaznaczyć nowe spostrzeżenie, że ilość bakterii w wodzie filtrowanej przekracza normę Koch'a wtedy, gdy woda w Wiśle jest bardzo zanieczyszczona. Spostrzeżenie to jest właśnie wynikiem dokładniejszych badań na stacji filtrów.

Przechodzę do poszukiwań moich.

Stosownie do zalecenia komisji wspomnianej, dokonywałem każdego bez wyjątku dnia rozbioru wody filtrowanej ze wszystkich filtrów czynnych, ze zbiornika wody czystej, wody z Wisły, przychodzącej do osadników i spływającej z osadników na filtry. Oprócz tego dokonywałem zawsze rozbioru dwóch prób wody, jednocześnie z każdego miejsca zaczerpniętej. Potrzeba zachowania obu tych przepisów jest jasna. Tylko codzienny rozbiór daje nam możliwość dokładnego poznania wszelkich cech bakteriologicznych wody wiślanej i wpływu osadników na nią; tylko w ten sposób możemy poznać dokładnie wartość i działanie każdego filtru, a jest ono w rozmaitych filtrach i w rozmaitych okresach ich działalności bardzo różne; codzienna tylko wreszcie kontrola pozwala nam wykryć drobne uchybienia, nie mające znaczenia, lub też poważne błędy w filtracji, zniewalające do usunięcia wody przefiltrowanej od użytkowania. Dokonywanie rozbioru podwójnego stanowi wyborną kontrolę roboty, daje liczby pewniejsze i usuwa większość ogromną błędów przypadkowych.

Natychmiast po zaczerpnięciu wody dokonywałem jej rozbioru w pracowni na filtrach urządzonej. Z wody wiślanej i z osadnika zasiewałem na płytkę po 0,1 i 0,2 ctm. sz. Jedynie w czasach największego zanieczyszczenia wody podczas przyborów rzeki, trzeba było używać ilości o połowę mniejszych. Z filtrów i ze zbiornika używałem do rozbioru zawsze 0,5 i 1,0 ctm. sz. Liczby ostatnie są zalecone przez uchwałę komisji, a i wogóle przy tego rodzaju rozbiorach używa się zwykle do wysiania dwóch lub kilku prób wody w rozmaitych objętościach. Zdaniem mojem, racjonalniej używać do wszystkich płytek jednakowych ilości wody, pochodzącej z jednego źródła; liczby bowiem są wtedy możliwe do porównywania z sobą w ścisłym znaczeniu tego słowa. Według teorii obojętną ma być rzeczą, ile bierzemy wody do rozbioru, bo liczby kolonii, sprowadzone do pewnej stałej objętości wody, powinny być jednakowe lub mniej więcej zbliżone. Praktyka jednak moja wykazuje, że jeżeli zasiał rozmaite ilości pewnej próby wody i otrzymane liczby kolonii sprowadzić do jednej objętości wody, to pospolicie liczby kolonii, odpowiadające największym ilościom wody, są największe. Jeśli np. na płytce żelatynowej, przygotowanej z 0,1 ctm. sz. wody, znajdujemy 10 kolonii, to na płytce z 1,0 ctm. sz. tejże wody powinny być według teorii 100 kolonii, tymczasem w rzeczywistości znajdujemy ich 120, 150 lub nawet 200, rzadko zaś mniej niż sto. Okazało się, że z pomiędzy wszystkich płytek, przygotowanych przezemnie, było tylko 13,5% takich, na których z 0,5 ctm. sz. wody wyrosło stosunkowo więcej kolonii, niż na płytkach, do których użyto 1 ctm. sz.

Jeśli podczas przyborów rzeki używałem ilości mniejszych, niż przytoczone, to dlatego, że bywa wtedy w 1 ctm. sz. 30000—50000 bakterii i więcej. Gdyby więc wziąć do rozbioru 0,2 ctm. sz., to wyrosłoby 6000—10000 kolonii. Pomijając, że zachować taką ilość można tylko w przybliżeniu, za-

chodzi zawsze obawa, że płytka może się rozplynać podczas 48 godzin, po których rachunku kolonii dopełniać należy.

Rachunku tego dokonywam zawsze po 48 godzinach; rozumie się, że różnica 1 lub 2 godzin nic tu nie stanowi. Nie należy natomiast dokonywać takiego rachunku raz po dwóch, to znów po trzech dobach. Wpływa to bowiem bardzo poważnie na różnorodność wyników. Im płytki dłużej stoją, tem więcej rozwija się na nich kolonii. Rzecz to znana z badań MIQUEL'a, najpoważniejszego człowieka w sprawie rozbiórów bakteriologicznych wody i powietrza.

Dotykam wreszcie ciepłoty, w której płytki utrzymywać należy. Najlepsza jest ciepłota około 20°C ., w każdym razie nie niższa od 17° i nie wyższa od $21,5^{\circ}$. Poniżej tej granicy kolonie rozwijają się za słabo, a niektóre wcale się nie rozwijają, powyżej zaś—jest obawa rozplnięcia żelatyny i zbyt silnego rozwoju niektórych gatunków peptonizujących. Najlepszym do zachowania tego przepisu byłby duży termostat, w braku jego jednak, temperatura pracowni jest notowana trzy razy dziennie i odpowiednio regulowana.

Postępując w sposób opisany, mam pewność, że wyniki rozbioru nie są fantastyczne i, co bardzo ważne, otrzymane liczby są możliwe do porównywania. Niema wątpliwości, że w robocie mojej są błędy. Błędy dostrzeżone wyrażają się w procentach liczbą 4,5; co prawda, to większość ich, bo 3,5, przypada na półrocze pierwsze, o tylko 1% na drugie—oczywisty wpływ wprawy. Ale gdzież błędów niema? Wiadomo wszakże, że wszelkie błędy w doświadczeniu znikają tembardziej, im większa jest liczba spostrzeżeń, a właśnie ta liczba jest najsilniejszą moją bronią, przygotowałem bowiem w ciągu roku 9788 płytek. Liczba ta jest tak duża, że można oprzeć na niej pewne wnioski.

Jeśli zestawić liczby, wyrażające poziom wody w Wiśle pod Warszawą, z liczbami, wyrażającymi w gramach ilość mętów w 1 m. sz. wody, przycho-
dzącej do osadników, to odrazu uderzy nas ścisła zależność mętności wody wiślanej od jej poziomu. Dla przykładu przytaczam następującą tabelkę:

Data.	Poziom Wisły w metrach.	Ilość mętów w gramach w 1 m. sz. przeciętowo.
1. I. — 8. I.	1,58 — 1,82	10
9. I. — 18. I.	1,62 — 2,01	7,5
19. I. — 28. I.	2,01 — 3,66	51
29. I. — 7. II.	2,65 — 1,28	18
8. II. — 18. II.	1,68 — 2,54	37
22. II. — 4. III.	2,62 — 2,25	4
25. III. — 29. III.	3,90 — 5,67	640
30. III. — 2. IV.	5,33 — 5,18	812,5
3. IV. — 6. IV.	4,97 — 4,33	782,5
7. IV. — 11. IV.	4,36 — 3,17	96,0 i t. d.

Z tablicy tej wnioskować możemy, że jak tylko Wisła przybiera, woda staje się mętniejsza. Zdarza się jednak, co bywa zresztą rzadko, że przybór nie powoduje wielkiego zmętnienia wody, jak to było np. w styczniu. Było to jednak zjawisko niemal wyjątkowe, rzeka bowiem przybrała z powodu puszczania lodów wskutek wysokiej temperatury powietrza, poczem stanęła po raz wtóry. Bywa i tak, że woda jest bardzo mętna pomimo stosunkowo niskiego poziomu. Przyczyną takiego zjawiska, i to prawie wyłącznie na wiosnę i w lecie, są ławy piaszczyste, zasypujące smok na ulicy Czerniakowskiej z powodu nieuregulowania królowej rzek naszych.

Jeśli porównać poziom Wisły pod Warszawą z ilością bakterii, znalezionych w 1 ctm. sz. wody, to od pierwszego rzutu oka widać, że bakterii jest tem więcej, im wyższy jest poziom Wisły; tem dłużej utrzymuje się wielka ich ilość, im dłużej trwa przybór. Nieznacznym nawet przyborom letnim wskutek deszczów towarzyszy zawsze powiększenie ilości bakterii w wodzie wiślanej w 1 ctm. sz.

Następująca tablica jaknajlepiej tego dowodzi: (Patrz str. 651).

Przytoczone ilości bakterii zawierały się w wodzie surowej, przycho-dzącej do osadników. Rozbiór wody, spływającej z osadników na filtry, wykazał, że ilość bakterii w wodzie zmniejsza się podczas przebywania jej w osadnikach. Zmniejszenie to wynosiło w roku ubiegłym 21,4%, to znaczy, że tyle bakterii pozostało w osadnikach. Liczba ta wyraża tak zwaną siłę redukcijną osadników w stosunku do bakterii w roku ubiegłym. Zauważyć winniem, że ilość bakterii w osadniku zmniejsza się tembardziej, im więcej jest zanieczyszczona woda surowa, nieznacznie zaś wtedy, gdy woda wiślana jest czysta. Nie zdarza się jednak, by woda z osadnika zawierała bakterii więcej, niż woda surowa. Jeśli nawet rozbiór wykazuje w danym dniu ilość większą, to pamiętać należy o tem, że woda w osadniku przebywa około 18 godzin, to znaczy, że potrzebuje tyle czasu do przepłynięcia przez osadnik (przy przeciętowej szybkości prądu 1 mm. na sekundę). Czasem płynie ona szybciej, czasem wolniej, co zależy od przypływu ze stacyi pomp na Czerniakowskiej i odpływu na filtry. Mając to na uwadze, należałoby wynik rozbioru wody z osadnika odnosić zawsze do odpowiedniej próby wody wiślanej. W praktyce nie daje się to uczynić z całą ścisłością, próby wody bowiem są czerpane nie co 18, lecz co 24 godziny.

Ta właśnie okoliczność jest powodem, że prof. Bujwid, robiąc rozbiór co tydzień, a nawet co miesiąc, nie miał możności kontroli liczb otrzymanyh i wywnioskował niewłaściwie, że ilość bakterii może się w osadnikach powiększać.

Własności bakteryologiczne wody ze zbiornika wody czystej, są oczywiście niejako przeciętną własności wody filtrowanej w oddzielnych filtrach, nie będę się więc zatrzymywał na zbiorniku, a przejdę do filtrów.

Pobieżny przegląd liczb, otrzymanych z rozbioru bakteryologicznego wody filtrowanej, przekonywa nas, że ilość bakterii w niej jest zmienna. Oczywiście muszą istnieć jakieś czynniki bądź w samych filtrach, bądź w wodzie, mającej być filtrowaną, powodujące owe wahania. Najpospolitszą ich przyczyną jest tak zwane oczyszczanie filtru. Zależy ono od zmiennego czynnika fizycznego przy filtrowaniu przez piasek, od ciśnienia. Ciśnieniem zowie się różnica wysokości poziomu wody w samym filtrze i w jego przedsiönku, służącym za czasowy zbiornik wody czystej. Pod wpływem tego ciśnienia woda filtruje się przez piasek, pokryty cienką warstewką błota, pochodzącego z samejże

Data	Poziom Wisły.	Ilość bakte- ryl w 1 ctm.sz.	Data.	Poziom Wisły.	Ilość bakte- ryl w 1 ctm.sz.
17. I.	1,98	880	14. III.	2,29	310
18	2,01	1210	15	2,25	585
19	1,98	1375	16	2,25	685
20	1,98	1750	17	2,25	940
21	2,01	2180	18	2,25	1040
22	2,29	2535	19	2,29	1420
23	3,51	4845	20	2,34	2700
24	3,66	9490	21	2,56	9020
25	3,41	11955	22	2,83	22750
26	3,38	8125	23	3,11	36900
27	3,38	4610	24	3,35	42250 (<i>Maximum</i> w roku)
28	3,23	5470	25	3,90	31900
29	3,05	4600	26	4,42	30150
		i t. d.	27	4,69	29500
			28	5,30	28400
			29	5,67	30800
			30	5,33	29350
			31	5,03	15250
					i t. d.
9. VII.	1,65	920	31. X.	1,86	730
10	1,80	1280	1. XI.	2,68	2260
11	1,95	1430	2	3,35	16400
12	3,90	8900	3	3,14	21700
13	3,78	5470	4	2,59	18000
14	3,05	6330	5	2,53	8680
15	2,71	5470	6	2,47	5920
16	2,71	2920	7	2,44	5180
17	2,53	2180	8	2,34	4300
18	2,47	2060	9	2,13	3040
19	2,53	2080	10	2,07	2975
20	2,44	1270	11	2,04	2340
		i t. d.	12	2,13	3245
			13	2,44	4970
10. VIII.	2,07	1545	14	3,23	8380
11	3,17	6925	15	3,11	7700
12	3,02	4010	16	2,83	4575
13	2,83	2570	17	2,71	1510
14	2,83	1610	18	2,53	1730
		i t. d.			i t. d.

wody. Oczywiście, im więcej wody przejdzie przez filtr, tem grubsza staje się owa warstewka, zwana technicznie „madą“, i tem większego ciśnienia potrzeba, aby się woda mogła z tą samą szybkością filtrować. Gdy ciśnienie dojdzie do pewnej wysokości, należy filtr zatrzymać i powierzchnię piasku oczyścić. Ciśnienia nadużywać nie można, łatwo bowiem sama mada będzie przeciskać się wtedy do piasku, zanieczyszczać go i poprostu zabłoci filtr, jak to obecnie ma miejsce w Petersburgu. Aby tego uniknąć, ustanowiono w Warszawie pewną granicę ciśnienia, mianowicie 50—70 ctm., której się bez bardzo ważnej przyczyny nie przekracza. Szybkości filtracyi, równie jak ciśnienia, przekraczać dowolnie nie można; nastąpić mogą bowiem te same smutne dla filtru skutki, o których wspomniałem. Pospolitem *maximum* szybkości u nas jest 60—80 mm. na godzinę.

Jeśli zatrzymałem się cokolwiek na tych danych czysto technicznych, to dlatego, że te najważniejsze czynniki filtrowania wody przez piasek, muszą być ściśle i bez przerwy regulowane przy racjonalnej filtracyi. Za miarę ostatniej należy słusznie uważać kontrolę bakteryologiczną, chemiczną bowiem metoda badania, zajmująca się ciałami rozpuszczonemi w wodzie, ani się nie przyczynia do zbadania samego aktu filtrowania wody przez piasek, ani tembardziej nie może służyć za jego kontrolę. Metoda bakteryologiczna, zajmująca się jednymi z najdrobniejszych mętów, a do tego wielce higienę interesującymi, jaknajlepiej tu swe zadanie spełnia.

Jakem nadmieniał, najczęstszą przyczyną wahania się ilości bakteryi, mianowicie powiększania się jej, bo tylko o to nam chodzi, jest oczyszczenie filtru. Powiększenie bywa w tym przypadku zwykle nieznaczne, trwa krótko i ilość bakteryi szybko obniża się do liczb prawidłowych. Bardzo rzadko jedynie zdarza się, a przynajmniej w ogromnej mniejszości przypadków, że po oczyszczeniu filtru nie można tego powiększenia zauważyć.

(D. n.).

Przyczynek do kazuistyki samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli

(*Bronchitis fibrinosa idiopathica*),

podał **Jakób Puterman** (Sosnowice).

Dla należytego rozjaśnienia tak ciemnej pod wielu względami sprawy, do jakiej, zdaniem większości autorów, należy samoistne włóknikowe zapalenie oskrzeli, skrzętnie powinien być notowany każdy przypadek, tembardziej, że sprawa ta wcale do częstych nie należy.

Z tego powodu ośmielam się ogłosić następujące spostrzeżenie.

* * 17 lat mający, pochodzi z rodziny skłonnej do chorób płucnych: 2-ch braci zmarło podobno na suchoty płucne. Matka w młodości miewała krwotoki „gardlane“, cierpi od czasu do czasu „na kurcze żołądka z następczą żółtaczką“ (prawdopodobnie na kamice żółciową). Ojciec zmarł z powodu paraliżu (udar i paraliż kończyn). Chory przed 4-ma laty chorował na zapalenie szpiku prawej kości udowej i z tego powodu był operowany. Przechodził także wtedy gościec stawowy i miał „wodę w worku sercowym“.

Co się tyczy cierpienia obecnego, to, według opowiadania samego chorego tudzież otaczających go, mniej więcej od 2-eh lat kaszle i w pewnych odstępach czasu wyrzuca zbite kawałki „płuc“, krwią zabarwione. Zawsze przed odejściem takiej płwociny chory doznaje większej lub mniejszej duszności. Przed 4 miesiącami chory, będąc na wsi, miał silny atak duszności, który trwał 15 godzin i skończył się odejściem zbitych skrzepów.

Dnia 12 października 1895 r., wieczorem, byłem wezwany do chorego, który o godzinie 11-ej przed południem wśród pozornie dobrego stanu zdrowia poczuł się mocno osłabionym, rozbitym, dostał dreszczów, wymiotów, a przed moim przyjściem wypłuł przy kaszlu około pół szklanki krwi.

Przy badaniu znalazłem, co następuje:

Budowa i odżywianie średnie, tkanka tłuszczowa umiarkowanie, mięśnie słabo rozwinięte, klatka piersiowa długa i wązka. Ogólna sinica: nos, wargi sine, kończyny zimne i sine, tętno ledwo wymagalne, C. 38,6°, oddech powierzchowny, przyśpieszony, chwilami wstrzymywany; widać wysiłki ze strony mięśni oddechowych, ruchy skrzydeł nosa. Chory przy każdym wydechu stęka, zrywa się często (*ortopnoë*).

W płucach na całej przestrzeni, z przodu zarówno, jak z tyłu bardzo słaby oddech pęcherzykowy; w dolnych tylnych płatach, zwłaszcza w prawym *subcrepitationes*.

Obszar tępości serca powiększony w wymiarze poprzecznym, mianowicie: prawa granica tępości serca przekracza nieco lewy brzeg mostka, a lewa przechodzi nieznacznie za *lin. mam. sin.*; od góry tępość zaczyna się na IV. żebrze, u dołu zlewa się z tępością powiększonej wątroby. Tony serca bardzo słabe, prawie nie dosłyszalne.

Okolica nadbrzuszna wyniosła. Wątroba, jak powiedziano, powiększona, zwłaszcza ku dołowi, gdzie na 4 palce poprzeczne wystaje z pod łuku żebrowego.

W kiszkiach słycać przelewania.

O moczu na razie nie mogłem zebrać żadnych danych.

O godzinie 12-ej w nocy C. 39,6°.

Dnia 13. X. Noc była niespokojna. O godzinie 6-ej zrana C. 38,5°. W południe C. 36,0°. Tętna wcale wymacać nie można, od czasu do czasu ataki mocnej duszności. Chory przyjmuje najchętniej pozycję siedzącą; jest nieprzytomny, bredzi.

Z powodu groźnych objawów niedomogi sercowej zalecono środki podniecające (*coffeinum, valeriana, camphora*).

O 7-ej wieczór tętno daje się wyczuć, około 100 uderzeń, sinica cokolwiek mniejsza. Przez cały dzień chory ani moczu, ani stolca nie oddał. Po ławatywie kilka wypróżnień żółciowych.

Dnia 14. X. Noc była niespokojna. Sinica, duszność mniejsza, lecz przy najmniejszym ruchu lub podczas rozmowy duszność zwiększa się. Tętno 100, wymagalne. C. 38,0°. Oprócz krwawej, śluzowej płwociny odchodzą zbite, włóknikowe skrzepy.

Jeden z takich skrzepów, wyrzucony w obecności mojej oraz kol. KOŁUDZKIEGO, przedstawiał się w postaci krzaczka o kilku gałęziach, z których każda dzieliła się dychotomicznie na podobieństwo najcieńszych oskrzelików. Cały skrzep miał barwę szarą, grubsze tylko gałęzie pokryte były warstwą krwi.

Skóra całego ciała ma odcień żółtawy, białkówki oczne żółto zabarwione. Chory uskarża się na dotkliwy ból przy polykaniu.

Na łukach podniebiennych widać kilka pęcherzyków wielkości łebka od szpilki o zawartości przezroczystej, a nadto kilka drobnych owrzodzeń wielkości ziarenka prosa, które zauważyć się dają również na migdałkach i na podniebieniu miękkim. Pęcherzyki jakoteż i owrzodzenia otoczone są czerwoną obwódką (*herpes pharyngis*). Zalecono płukanie z roztworu *acidi borici*.

Dnia 16. X. C. 37,0°. Tętno 80, mocniejsze, tony serca wyraźniejsze, czyste. Na samym środku wargi dolnej cała grupa drobnych pęcherzyków (*herpes labialis*). Skrzepów włóknikowych sporo odchodzi przy forsownym kaszlu. Oddech pod łopatką prawą zaostrozony. Żółtaczkowe zabarwienie skóry i białkówek trwa dalej. Tępość wątroby cokolwiek mniejsza.

Dnia 17. X. Na wardze dolnej ilość pęcherzyków herpetycznych powiększyła się, nadto wystąpiły nowe na wardze górnej oraz dokoła nosa.

Dnia 18. X. Nadczułość słuchu (chorego raz i rozmowa, którą niewyraźnie słyszy). Brak łaknienia. Pęcherzyki na wargach przysychają, na łukach gdzieś tam pozostały jeszcze owrzodzenia punkcikowate.

Tegoż dnia chory wyrzucił dość duży, zbity skrzep włóknikowy. Po włożeniu go z wszelkimi ostrożnościami do sterylizowanego naczynia, napełnionego wodą przekroploną, przesłałem go do pracowni bakteriologicznej kol. WASSERCUGA w Zawierciu. Makro- i mikroskopowy opis preparatu podaję poniżej. Tu zaś nadmienię, że wszystkie objawy chorobowe u mego chorego stopniowo ustąpiły tak, że dnia 1. XI stwierdziłem zniknięcie żółtaczki, choć wątroba pozostała nieco jeszcze powiększoną; ze strony narządu oddechowego lekka duszność, zwłaszcza podczas rozmowy i ruchu; ze strony narządu krążenia: tętno 80, średnio napięte, tony serca czyste, wyraźne, tępość serca prawidłowa.

Oto dosłowny opis kol. WASSERCUGA, dotyczący zbadanego przezeń preparatu:

„Twór rozpatrywany w wodzie (na czarnej miseczce) okazuje się dość tęgim, odzewnątrz nieco krwią zabarwionym odlewem włóknikowym oskrzelików w postaci krzewu ¹⁾).

Główny pień, długości 6 cm., grubości u postrzępionej podstawy około 1 cm., dzieli się dychotomicznie na liczne gałęzie, z których ostateczne mają grubość zwyczajnej nitki bawełnianej. Budowa nie jest jednolitą, zarówno we względzie konsystencji, jak grubości, uwarstwienia: miejscami widać części cieńsze, szarawe, miejscami grubsze, więcej białe, a na cienkich gałązkach występują węzłowate zgrubienia, jakby banieczkowate twory, powietrze zawierające. Biegają też po całym odlewie smugi i pasemka wężykowate (z włókniaka).

Łatwo bardzo przekonać się można, że odlew składa się z pewnej liczby warstewek włókniaka, ułożonych współśrodkowo i z mniejszą lub większą łatwością dających się w dużych płatkach odrywać.

Płatki te nadają się wprost po uprzednim zabarwieniu do badania mikroskopowego. Badanie to wykazuje przede wszystkim przedziwo z włókniaka, pośród którego rozrzucone są twory komórkowe i drobnoustroje. Najwięcej widzimy leukocytów, względnie limfocytów o jednym dużym, mocno barwiącym się jądrze, rzadziej o dwóch. Komórki te układają się pojedynczo lub gromadami, albo wreszcie słupkami po 3—5. Daleko mniejszą jest ilość

¹⁾ Twór jest bezwonny. Wspominam o tem z tego powodu, że w spostrzeganym przezemnie niedawno przypadku *bronchitidis fibrinosae* odlewy oskrzelowe były nadzwyczaj cuchnące. (Przyp. WASSERCUGA).

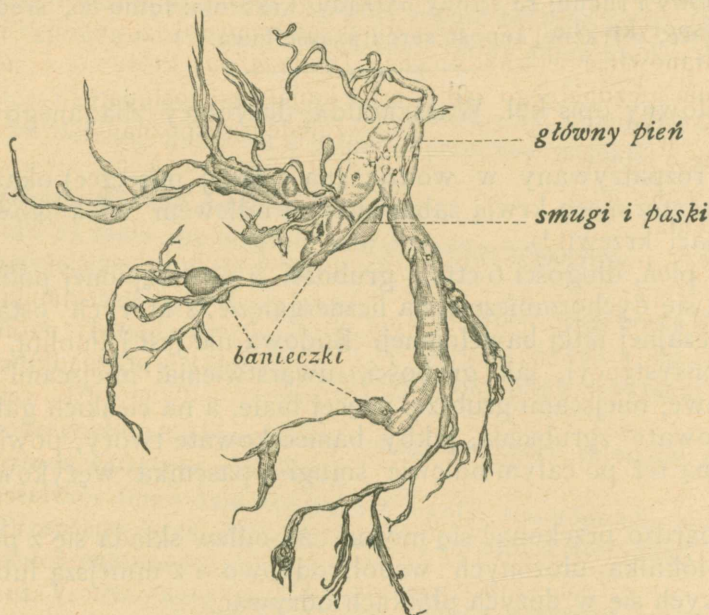
innych komórek: na jednym preparacie zaledwie widać po kilka komórek nabłonkowych z pęcherzyków płucnych, jamy ustnej, oraz ciałek czerwonych krwi.

Co się tyczy drobnoustrojów, to postępując z płatkim, jak ze skrawkiem, i poddając go po zabarwieniu w wodnym roztworze błękitu metylenowego lub fioletu gencyanowego, działaniu bardzo rozcieńczonego roztworu kwasu octowego²⁾, otrzymałem ładne preparaty, w których na bezbarwnem tle jaskrawo występują zarówno jądra limfocytów, jak drobnoustroje. Z tych ostatnich najwięcej stosunkowo znajduję laseczników. Są to twory pałeczkowate, grube, o zaokrąglonych końcach, jednolicie zabarwione, rozrzucone po całym przedziwie włóknikowym po 1, po 2 (*streptobacilli*) i nawet gromadami.

Drugie miejsce pod względem ilości zajmują koki duże, mocniej od innych barwiące się, ułożone po 2, 3 i 4 lub kępkami. Dalej idą koki drobnutkie, leżące gęstemi kępkami wśród przedziwa i wokoło jąder, a przypominające gronkowce. Najmniej widać paciorkowców: po kilka w każdym preparacie.

Laseczników gruźliczych pomimo starannych poszukiwań w odlewie tym nie znalazłem. Nie znalazłem też ani tworów spiralnych CURSCHMANN'a, ani kryształów CHARCOT-LEYDEN'a.

Przy niniejszem załączam rysunek wyglądu makroskopowego omawianego tworów.



Odlew włóknikowy oskrzelowy (wielk. nat.).

Dodać muszę od siebie, że kilkorazowe badanie płwociny, przez innych dokonane, prątków gruźliczych również nie wykryło.

(D. n.).

²⁾ Do szalki zegarowej z wodą destylowaną wpuzcza się kilka kropel 5% roztworu kwasu octowego. (Przypis WASSERCUGA).

Syringomyelia,

podał D-r. Med. H. HIGIER.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 27).

Najczęściej znajdujemy skrzywienia w grzbietowej części kręgosłupa, a mianowicie, łukowate skrzywienie boczne (*scoliosis*), lub też skrzywienie boczne i ku tyłowi (*kyphoscoliosis*); zarówno jedno, jak i drugie prowadzi za sobą odnośne zboczenia kompensacyjne. Przy wybitnych kyfoskopiozach spotykamy stale następce zniekształcenie całej klatki piersiowej. Po większej części skrzywienie jest objawem daleko posuniętego w swym rozwoju obrazu chorobowego, rzadziej zaś—stanowi najpierwszy jego objaw. Wrażliwość kręgosłupa na ucisk bywa niekiedy silnie wyrażona w tych miejscach, w których skrzywienie sięga najwyższego stopnia. Wyjątkowo mocny ból przemawia albo za nowotworem glejakowatym, albo za zapaleniem opony twardej (*bachymeningitis*), towarzyszącem cierpieniu zasadniczemu. Największa wypukłość kręgosłupa odpowiada miejscu, w którym są najpoważniejsze zmiany w rdzeniu.

Czasami spotyka się przy wrodzonej hydromyeli z zatrzymaniem w rozwoju kręgosłupa, mianowicie braki kostne (*spina bifida*), które nie są niczem innym, jak następstwem niezupełnego zamknięcia kanału kręgosłupa.

Wreszcie, wielkiej doniosłości pod względem rozpoznania siedliska syringomyelii są liczne objawy opuszkowe, porażenia nerwu współczulnego i zaburzenia odbytniczo-pęcherzowe, które wymagają bliższego rozpatrzenia.

Co się tyczy, po pierwsze, objawów opuszkowych, lub ściślej wyrażając się, objawów ze strony nerwów czaszkowych, to zajmują one bardzo poczesne miejsce w obrazie chorobowym syringomyelii i bywają natury ruchowej, czuciowej i troficznej. Można je wykazać w $\frac{1}{4}$ wszystkich przypadków. Prócz rzadszych objawów ogólnych (ból głowy, zawroty pochodzenia mózdkowego, wymioty, brodawka zastoinowa, zaburzenia wzroku, drgawki), które pojawiają się z chwilą, gdy sprawa chorobowa prowadzi do wytworzenia się dużego guza w rdzeniu przedłużonym, zasługują na uwagę pod względem klinicznym te zwłaszcza objawy, które są wywołane przez ograniczone ogniska gliotyczne w opuszcze: niedowład zanikowy w obrębie nerwu podjęzykowego i twarzowego; bezwład jednostronny nerwu powrotnego (*n. recurrens*) lub mięśni rozwieraczy szpary głosowej (*Mm. postici*) wraz z porażeniem strun głosowych, napadami kaszlu, chrypką, niemiarowością i zboczeniami w częstości tętna; osłabienie odruchu wymiotnego; zanik w obrębie nerwu dodatkowego zewnętrznego; wymioty napadowe i ślinotok; zboczenia w czynności fonacyjnej, oddechania, połykania i artykulacji, jako następstwo porażenia ruchowego i czuciowego mięśni języka, podniebienia i krtani z jednej lub z obu stron; częściowe porażenie czucia na skórze i błonach śluzowych w zakresie nerwu trójdzielnego; zaburzenia ruchowe i troficzne tegoż pochodzenia; bezwład mięśni żwaczy; wypadanie włosów i zębów; zanik kośćca twarzy (*hemiatrophia facialis*); drżenie gałek ocznych (*nystagmus*), niedowład nerwu odwodzącego (*abducens*), po-

dwójne widzenie, nierówność źrenic i t. d. Przypadki porażeń zewnętrznych mięśni ocznych przy syringomyelii (12%) notowano o wiele rzadziej, aniżeli przy *tabes* i *sclerosis multiplex*.

Bardzo rzadko spostrzegano zaburzenia w narządach zmysłów: przytępienie słuchu oraz nieprzyjemne sensacje podmiotowe, upośledzenie jedno lub obustronne smaku, perwersja i dyssocjacja węchu, obniżenie siły widzenia wskutek częściowego lub całkowitego zaniku nerwu wzrokowego pochodzenia idyopatycznego. Niekiedy spostrzegano mniej lub więcej wybitne zwężenie pola widzenia, niezależne ani od zmian na dnie oka, ani też od współistniejącej histeryi.

Szybki rozrost neuroglii sprowadza bardzo często, wskutek ucisku, bądź też, wskutek zmian cyrkulacyjnych, przejściowe zaburzenia czynnościowe w obrębie nerwów czaszkowych. (W stosunkach anatomicznych samej sprawy chorobowej szukać należy wyjaśnienia tego faktu, że objawy opuszkowe są po większej części jednostronne, połowiczne. Rozrost tkanki glejowej bywa przeważnie niesymetryczny). Na początku choroby każdy objaw ze strony nerwów opuszkowych może być przemijający, niekiedy pojawiać się napadowo wśród ataków zawrotu głowy i wymiotów. Co do częstości, z jaką bywają zajęte nerwy opuszkowe, wymienić należy kolejno nerw trójdzielny, dalej nerw twarzowy i błędny oraz dodatkowe.

W kwestyi objawów czaszkowych, nie od zajęcia opuszki zależnych, — zaburzenia w obrębie nerwu wzrokowego i węchowego, niepobudzalność odruchowa źrenic, porażenie zewnętrznych mięśni ocznych, — oraz związku tychże ze sprawą syringomyeliczną, zdania klinicystów są, jak dotychczas, wielce ze sobą sprzeczne. Najprawdopodobniej znajdują się objawy te w bezpośredniej zależności od powikłania gliozy wodogłowiem, wiałdem rdzenia lub porażeniem postępującem. Siringomyelia bowiem opuszkowa, zarówno bocznie umiejscowiona, prawdopodobnie od sprawy naczyniowej zależna, jak i środkowa, przez wadę rozwojową kanału centralnego uwarunkowana, nie przekraczają, według SCHLESINGER'a ¹⁾, nigdy tylnej granicy mostu VAROL'a.

Objawem, który spotyka się już znacznie rzadziej (15%) przy syringomyelii i który świadczy o umiejscowieniu się gliozy w górnej części rdzenia grzbietowego, jest zwężenie szpary powiekowej i źrenicy pomimo prawidłowego oddziaływania na światło i akomodację. Czasami istnieje jednocześnie wciągnięcie gałki ocznej i zaburzenia naczynioruchowe na odnośnej połowie twarzy. Objawy powyższe, po większej części jednostronne, zależą od uszkodzenia ośrodka rdzeniowego—*centrum cilio-spinale*—i następczego bezwładu nerwu współczulnego, którego odnośne gałązki—mianowicie, idąca do mięśnia rozszerzającego źrenicę (*dilatator pupillae*) i do gładkiego mięśnia MUELLER'a—opuszczają rdzeń grzbietowy wraz z *ramus communicans* pierwszego nerwu grzbietowego.

Zaburzenia czynności pęcherza, odbytnicy i narządów płciowych należą do dość rzadkich objawów syringomyelii i po większej części są przemijające. Niekiedy pod postacią objawów stałych, stanowią one jakby wstęp do tego cierpienia; daleko częściej jednak spotykane bywają jako objawy bardzo późne. Na wczesne pojawienie się ich wpływać może albo siedlisko gliozy w rdzeniu lędźwiowym, albo też bardzo szybki rozrost glejaka złośliwego. Zbo-

¹⁾ SCHLESINGER. Arbeiten aus dem Laboratorium von Prof. OBERSTEINER. Wiedeń. 1896.

czenia w oddawaniu moczu są bardzo różnorodne, poczynając od zwykłej polypii pollakiuryi natury opuszkowej, a kończąc na typowych zaburzeniach pęcherza pochodzenia rdzeniowego (parcie na mocz, oddawanie moczu kroplami, zatrzymanie moczu, *ischuria paradoxa*). Czasem tworzą się na niewrażliwej ścianie pęcherza już to samoistnie, już wskutek częstego cewnikowania, owrzodzenia, które mogą doprowadzić do śmiertelnego przedziurawienia.

Nierównie rzadsze i w skutkach swych mniej groźne dla chorego są objawy kiszkowe: zaparcie stolca oraz *incontinentia alvi*, które niezawsze idą równolegle do zбоżeń pęcherzowych. To samo odnosi się do zaburzeń w czynności narządów płciowych: *impotentia ejaculandi et coeundi*, utrata *libidinis sexualis*, wzmożona pobudliwość czynności płciowych, obok zachowania lub utraty czucia bólu w prąciu i jądrach.

Czynność odruchowa rzadko kiedy jest nienaruszona w przebiegu syringomyelii. Odruchów ścięgnistych w kończynach górnych zazwyczaj brak już we wczesnych okresach choroby. Rzadsze są te przypadki, w których odruchu mięśni trójęglowych niema, natomiast wzmożone są odruchy zginaczy przedramienia. Odruchy znikają wcześniej w tej zwłaszcza postaci choroby, której towarzyszy zanik mięśni ramion; wówczas bowiem przerywa się odpowiedni łuk odruchowy w rdzeniu. Wyjątek stanowią zbliżone do *sclerosis amyotrophica lateralis* przypadki, w których zanik ramion pojawia się ostro i ogarnia mięśnie *en masse*: w przypadkach tych spostrzegano znaczne wzmożenie odruchów ścięgnistych i okostnych.

Odruchy ścięgliste na kończynach dolnych w większości przypadków są znakomicie wzmożone. Niekiedy zdarza się, że na jednej kończynie odruchy znikają, na drugiej wzmagają się aż do *epilepsia spinalis* i *clonus pedis*. W każdym razie, objawy spastyczne—wzmożenie odruchów ścięgnistych i niedowład spastyczny—na kończynach dolnych spotykamy daleko częściej, aniżeli objawy tabetyczne: brak odruchów i ataksję. Objawy spastyczne są nawet patognomoniczne dla typowej gliozy części szyjowej. Jedynie przy gliozie lędźwiowej oraz przy syringomyelii, połączonej z wiałdem rdzenia, brak zazwyczaj zupełny odruchów w kończynach dolnych. Odruch szczęki dolnej może być wzmożony.

Zachowywanie się odruchów skórnych i błon śluzowych bywa bardzo rozmaite. Po większej części dają się one z łatwością wywołać, nawet wówczas, kiedy istnieje *analgesia* danej okolicy.

Zdolności umysłowe przy syringomyelii bywają zachowane w zupełności aż do końca życia. Niektórzy klinicyści (HOFFMANN) spostrzegali jakoby pewne zбоżenia w życiu duchowym odnośnych chorych, opisując je jako hypochondryę, neurastenię i histeryę; inni (OPPENHEIM) dopatrują się w nietypowym przebiegu i pewnych szczególnych rysach zaburzeń inteligencji czegoś swoistego dla syringomyelii. SCHULTZE, który, jak wiadomo, upatruje dla pewnych przypadków etyologię gliozy w wylewach krwi do rdzenia wskutek ciężkiego porodu, twierdzi, że *dementia*, jakoteż i inne zбоżenia intelektualne u ludzi cierpiących na syringomyelię, zależą od analogicznych wylewów krwi do istoty korowej, *resp.* do przestrzeni międzyoponowych mózgowia. SCHLESINGER nie uznaje zбоżeń psychicznych przy gliozie i sądzi, że spotykany niekiedy beład myśli jest jedynie objawem, świadczącym o szybkim bujaniu gliomatu w opuszce; zaburzenia intelektualne są tu więc takie same, jak przy innych guzach wewnątrzczaszkowych. Że wreszcie ciężki stan, w jakim się znajduje chory przy daleko posuniętej gli-

ozie, że dokuczliwe bóle i parestezye mogą oddziaływać na usposobienie przygnębiająco, nie trzeba chyba dowodzić.

Poważne zaburzenia inteligencji spotyka się natomiast stale przy tych hydro-, resp. syringomyeliach, którym towarzyszą: *paralysis progressiva, epilepsia, idiotismus congenitus, hydrocephalus, porencephalia*; zarówno syringomyelia, jak i towarzyszący jej — choroby organiczne mózgowia — są wtedy zazwyczaj albo następstwem przymiotu oddziedziczonego (glioza szarej substancji kory mózgowej i rdzenia), albo też wynikiem wadliwego rozwoju układu nerwowego ośrodkowego.

O względnej częstości pojedynczych objawów, — pomijam rzadsze, — przy syringomyelii pouczają następujące dane, zaczerpnięte z artykułu DIMITROFF'a²⁾. Na 297 przypadków notowano:

Zaburzenia zmysłu termicznego	88 razy.
Zaburzenia zmysłu bólowego	79 „
Porażenia i niedowłady	71 „
Zanik mięśni	134 „
Organia włókienkowe	13 „
Zaburzenia troficzne skóry oraz tkanki podskórnej .	98 „
Zaburzenia naczynioruchowe i wydzielnicze	25 „
Zmiany w kościach i stawach	46 „
Zboczenia kręgosłupa	63 „
Nierówność źrenic	21 „
Bieganie gałek (<i>nystagmus</i>)	16 „
Zaburzenia w zwieraczach	30 „

Następujące zestawienie LAMACQ'a³⁾ informuje dokładnie o względnej częstości pojedynczych objawów opuszkowych przy syringomyelii. Na 52 odnośnych spostrzeżeń notowano:

Znieczulenie w obrębie <i>n. trigemini</i> 28 razy	Zaburzenia strun głosowych	21 razy.
Znieczulenie <i>conjunctivae</i> 4 „	Pobudzenie do kaszlu	2 „
Nerwoból <i>n. trigemini</i> 3 „	<i>Dyspnoë</i>	13 „
Porażenie <i>n. facialis</i> 9 „	Przyśpieszenie i zwolnienie tętna .	5 „
Zanik mięśni twarzowych 2 „	<i>Zez</i>	1 „
<i>Hyperhidrosis</i> twarzy 7 „	<i>Nystagmus</i>	8 „
Niedowład języka 8 „	<i>Amaurosis</i>	5 „
Zanik języka 15 „	Dwojenie	7 „
Zaburzenia w połykaniu 21 „	Łzawienie	2 „
Zaburzenia w żuciu 1 „	Zaburzenia smakowe	5 „
Wymioty 5 „	Zaburzenia węchowe	3 „
Brak odruchu gardzielowego 5 „	Zaburzenia słuchowe	6 „
<i>Salivatio</i> 3 „	Bóle głowy i karku	17 „
Porażenie podniebienia 12 „	Zawroty głowy	13 „
Brak odruchu krtaniowego 10 „	<i>Polyuria</i>	3 „

²⁾ S. DIMITROFF, Archiv f. Psychiatrie. 1896 Maj.

³⁾ L. LAMACQ, Révue de Médecine. 1895, Kwiecień.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

69. Prof. GRUNMACH. **Zastosowanie promieni Röntgen'a do rozpoznawania chorób wewnętrznych.** Po ujawnieniu odkrycia promieni X przystąpił autor wspólnie z Du Bois-REYMOND'em do prób zastosowania nowych promieni do prześwietlania narządów wewnętrznych; próby zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem, co zawdzięcza autor głównie wydoskonaleniu przez LEVY'ego rurek ROENTGEN'a. Doświadczenia, wykonywane zarówno nad osobnikami zdrowymi, jak i chorymi, dały wynik następujący.

Przy bocznem prześwietlaniu szyi rozpoznajemy na fotografii ekranowej obrazy cieniowe gardzieli, kości gnykowej i krtani, zarówno podczas ich ruchu, jak i spoczynku; kontury tych narządów są ciemne. Przy prześwietlaniu klatki piersiowej, w kierunku od tyłu ku przodowi, otrzymujemy następujący obraz cieniowy: pośrodku wzdłuż fotografii ciemny szeroki pas, odpowiadający kręgosłupowi; z obydwóch stron tegoż wąskie poprzeczne smugi—żebra; na dole ogranicza fotografię klatki piersiowej po stronie lewej cień wązki i blady, po stronie zaś prawej szeroki i ciemny. Ostatni z tych obrazów cieniowych jest bardziej widoczny przy prześwietlaniu klatki piersiowej w kierunku odwrotnym, t. j. od przodu ku tyłowi; jest to cień przepony brzusznej, przylegającej po stronie prawej do wątroby; widocznym jest również ruch wykonywany przez przeponę, wynoszący w przybliżeniu 5—6 ctm. Obraz cieniowy przepony stwierdza teoretycznie przyjęty oddawna fakt, że przylega ona do klatki piersiowej pod kątem ostrym. Ponad cieniem przepony znajduje się pośrodku klatki piersiowej ciemny obraz cieniowy serca, bardziej ciemny w części osiowej, niż w brzeżnej; na fotografii widoczne są i ruchy serca, również oddzielnych części tegoż, prócz tego jeszcze ruchomy cień aorty wstępującej.

Prześwietlanie okolicy żołądkowej w kierunku od tyłu ku przodowi umożliwia odróżnianie na fotografii cienia przepony brzusznej od cienia dna żołądka, przy wypełnieniu zaś żołądka gazem uwidacznia się on całkowicie. Próby otrzymania fotografii innych narządów nie zostały dotychczas ukończone.

Doniosłe znaczenie wyżopisanego zastosowania promieni ROENTGEN'a w dziedzinie patologii ilustrują dostatecznie doświadczenia, wykonane w następujących przypadkach.

1) Miażdżyca u 56-ioletniego mężczyzny; przedmiotowo uczucie ciężaru w okolicy serca, podmiotowo wymagalne zwapnienie tętnic. Na fotografii przedramienia widoczne są, obok szerokich cieni kości promieniowej i łokciowej, cienkie smugi cieniowe odpowiednio do położenia zwapniałych tętnic: promieniowej i łokciowej. Na fotografii klatki piersiowej widzimy: cień przepony brzusznej położony niżej, niż w warunkach prawidłowych; wycieczki jego przy najgłębszym wdechu wynoszą zaledwie 1,5 ctm.; cień serca nie powiększony, lecz ciemniejszy; w okolicy tętnic okrężnych serca ciemne prążki; od cienia serca wznosi się ku górze bardziej ciemny szeroki pas (*aorta ascendens*), dwa razy szerszy, niż zazwyczaj. Badanie zatem fotograficzne stwierdza: głębokie położenie przepony oraz wybitne zmniejszenie jej zdolności ruchowej, zwapnienie aorty wstępującej oraz okrężnych tętnic serca: wyników tych zapomocą dotychczasowych sposobów badania osiągnąć nie można.

2) 26-ioletni mężczyzna uskarża się na zaburzenia w sferze oddechowej, przed półtora rokiem były krwotoki płucne, matka zmarła na suchoty; badanie nie wykazuje żadnych zmian chorobowych w płucach. Na fotografii ekra-

nowej klatki piersiowej widzimy po prawej stronie od kręgosłupa trzy ciemniejsze cienie, gdy prawidłowe płuco winno być przezroczyste i jasne, jakim też jest płuco lewe. Obraz cieniowy dowodzi zatem, że mamy do czynienia z miejscowymi zwapnieniami w płucu prawem.

Nowy sposób badania wyświetla również etyologię wielu przypadków, czego dowodem następujące dwa spostrzeżenia, tyżące się chorych na niedomykalność zastawki dwudzielnej. Opukiwanie wykazało w obydwóch jednakowe prawie zwiększenie rozmiarów serca. Obrazy cieniowe serca są prawie równej wielkości u obydwóch chorych, lecz na jednym z nich (u chorego silnie naprężone tętno oraz znaczny przerost lewego serca) cień aorty wstępującej jest bardziej ciemny i dwa razy szerszy, niż na drugim. Mamy zatem w jednym przypadku miażdżycę naczyń i w niej należy upatrywać przyczynę wady serca; w drugim zaś przypadku miażdżycy niema, wadę serca spowodował zatem prawdopodobnie gościec stawowy.

Zastosowanie promieni X może zatem wykazywać zmiany chorobowe narządów w czasie, gdy tego dotychczasowymi sposobami badania wykazać nie mogliśmy; może również uwidaczniać takie zmiany narządów, których wogóle doświadczyć nie bylibyśmy w stanie.

(Berl. klin. Wchschrft N. 25. 1896).

Maksymilian Bernstein.

70. J. H. RILLE. **O leczeniu przymiotu zapomocą hemolu rtęcio-jodowego.** (Z kliniki prof. NEUMANN'a w Wiedniu). Wewnętrzne zastosowanie rtęci stanowi dotąd najprostsza i najdogodniejsza metodę rtęciowego leczenia przymiotu. W Anglii i Francji jest ona prawie wyłącznie używana. FOURNIER nazywa ją „la grande—la veritable méthode de traitement de la Syphilis“, a MAURIAC w najnowszym wydaniu swego dzieła 1896 r. „Traitement de la syphilis“ mianuje ją „incontestablement la meilleure méthode“. Lecz powyższe opinie odnoszą się tylko do zwyczajnych, lekkich objawów przymiotu i u osobników z prawidłowym stanem narządu trawienia; w przypadkach zaś uporczywych, ciężkich lub niebezpiecznych, gdzie wskazane jest szybkie i energiczne nasycenie ustroju rtęcią, pozostaną zawsze w swej sile wcierania szaruchy lub śródmiażdżowe wstrzykiwania nierozpuszczalnych przetworów rtęci. Prócz tego wszystkie dotąd wewnętrznie używane przetwory rtęci odznaczają się licznymi, ubocznymi, a niekorzystnie działającymi wpływami, których uniknąć niepodobna. I tak: sublimat sprawia niestrawność i bóle żołądka (*dyspepsia et gastralgia*) i tak niekorzystnie wpływa na ogólny stan zdrowia, że we Francji pozyskał nazwę „casse-poitaine“—i dlatego FOURNIER nie radzi go dłużej nad 3—4 tygodnie używać; *protojoduret. hydrarg.* często wywołuje biegunkę zwyczajną, a niekiedy i krwawą, z boleściami i wydymaniem; kalomel — z powodu szybko powstającego ślinotoku i biegunki — znajduje obecnie zaledwie tylko w przymiocie dzieci zastosowanie; inne zaś przetwory rtęciowe, nie wyjmując LUSTGARTEN'owskiego *hydrarg. oxydat. tannicum*, również nie są wolne, przy wewnętrznem ich zastosowaniu, od szkodliwych wpływów ubocznych.

Przy poszukiwaniach takiego przetworu rtęci, któryby nie posiadał powyższych ujemnych wpływów przy użyciu wewnętrznem lub przynajmniej okazywał je w stopniu daleko niższym od dotychczas używanych, udało się prof. KOBERT'owi (Dorpat) wytworzyć związek hemolu z rtęcią i jodem. Zawiera on 12,35% rtęci, 28,68% jodu i stanowi pierwszy i jedyny przetwór, zawierający żelazo, rtęć i jod.

Powyższy przetwór, przysłany do Wiednia przez KOBERT'a dla wypróbowania, zostosowany został w klinice prof. NEUMANN'a u 37 chorych (15 mężczyzn i 22 kobiet) podług formuły następującej: Rp. *Haemol. hydrarg. jodat.* 5,00—10,00 (*P. opii*

puri 0,80); *Pulv. et extr. liquirit. aa q. s. ut f. pilul.* 50. *Comp. D. S.* 3 razy dziennie po 2 pigułki po jedzeniu.

Pomijając szczegółowe opisy 37 przypadków, leczonych w klinice NEUMANN'a zapomocą wewnętrznego użycia hemolu rtęcio-jodowego, ograniczymy się do ogólnikowego wyliczenia postaci chorobowych; i tak: świeżych postaci przymiotu było 11 (w tem: wysypek plamistych 4, plamisto-guziczkowatych 3, wielko-guziczkowatych 3, drobno-guziczkowatych—*lichen syphil.*—1), z późniejszymi, powrotnymi, 2-rzędnymi objawami skórnymi 19 przypadków, z 3-rzędnymi objawami na skórze, błonach śluzowych i kościach — 7.

Wyniki, jakie z powyższych doświadczeń otrzymano, przemawiają za tem, że nowy przetwór rtęciowy nie okazuje tak ważnych, ubocznych niedogodności, jak inne przetwory: gdyż ani razu nie okazało się niezbędnem zupełne zaniechanie tego środka. Powstawał wprawdzie ślinotok, z zaczerwienieniem i obrzmieniem dziąseł oraz odstawaniem tych ostatnich od zębów, lecz do usunięcia tego wystarczało kilkakrotne posmarowanie *tinct. jod.*; nigdy zaś nie dochodziło do owrzodzeń rtęciowych, z cuchnącym osadem ropnym. Zdarzały się także i biegunki, które ustępowały same — bez użycia środków przeciwbiegunkowych; nigdy jednak nie dochodziło do bolesnych, dyzenterycznych wypróżnień. Trądzik jodowy (*acne jodat.*) wydarzał się, niezytu jodowego nie spostrzegano.

Na objawy przymiotowe nie wywierał nowy środek gorszego działania od innych przetworów rtęci, dotąd wewnątrznie używanych. Nigdy jednak nie zaszła potrzeba porzucenia dalszego użycia środka i przejścia do wcierań, lecz do zwalczania uporczywszych objawów choroby wystarczało powiększenie dawki. Co do ostatniej, to dawka ogólna, wystarczająca do zupełnego usunięcia objawów chorobowych, wynosiła 218 pigułek słabszych, a 114—200 mocniejszych. Powroty choroby zauważono dotąd w dwóch przypadkach.

Ostatecznie autor przychodzi do wniosków następujących. Hemol rtęcio-jodowy stanowi skuteczny i użyteczny środek przeciwpřymiotowy. Nie może on wprawdzie zastąpić wcierań szaruchy i śródmiaższowych wstrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rtęci, lecz przewyższa wszystkie dotąd wewnątrznie używane przetwory, gdyż nie posiada ich szkodliwych wpływów ubocznych. Zaś jako jedyny dotąd środek, łączący w sobie żelazo, rtęć i jod, wykazuje ogólne działanie odżywiające i krzepiące. Pod tym ostatnim względem stoi nierównie wyżej od jodku żelaza, który ma i tę niedogodność, że łatwo ulega rozkładowi.

Szczególnie będzie zatem wskazany hemol rtęcio-jodowy u chorych przymiotowych bladych i małokrwistych, z podupadłym odżywianiem ogólnym i powikłaniami żółzowemi.

(*Arch. für Derm. u. Syphil.* 1896. T. XXXIV — zeszyt 2, st. 253 i nast.).

J. Majkowski.

71. Prof. R. LÉPINE. **Leczenie gruczołem tarczowym.** Po znanych pracach REVERDIN'a i KOCHER'a na temat zjawisk, wywoływanych przez usunięcie gruczołu tarczowego, postawił SCHIFF teorię, według której gruczoł tarczowy wydziela substancję, mającą zdolność niszczenia we krwi jadu, który wytwarza się w ustroju i działa przeważnie na układ nerwowy. Wkrótce potem ukazały się prace o przeszczepianiu części i całego gruczołu do jamy otrzewnej i ścian brzusznych bez jakichkolwiek objawów chorobowych nawet do końca życia zwierzęcia, a także o przypadkach tężca po zupełnem usunięciu przeszczepionego gruczołu.

Na ludziach, oprócz jednego, nieudatnego zresztą, przypadku szczepienia, dokonanego przez LANNELONGUE'a, zaczęto stosować wstrzykiwanie soku z gruczołu do żył i pod skórę; sposób ten, uprzednio wypróbowany na zwierzętach, którym

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W klinice prof. SCHROETTER'a przy leczeniu przetworami gruczołu tarczowego okazały się najbardziej skutecznymi preparaty angielskie, mianowicie tabletki tyreoidyny, otrzymywane z gruczołu tarczowego owiec. Zwykłą dawkę stanowi jedna tabletka *pro die*; w razie utraty na wadze po nad $\frac{1}{2}$ — 1 kilo tygodniowo, dawka ta zostaje zmniejszona o połowę; jeżeli zaś zwykła dawka nie skutkuje, powiększa się ją, dochodząc *maximum* do trzech tabletek *pro die*. Chorzy nie zmieniają zwykłego trybu życia oraz diety, podlegają zaś oględzinom lekarskim oraz ważeniu dwa razy tygodniowo. Przeciwwskazują stosowanie tabletek: białko oraz cukier w moczu, lub też znaczna nieprawidłowość w działaniu serca. Najlepsze wyniki osiągnął S. przy leczeniu otyłości, połączonej choćby z otłuszczeniem serca, jeżeli obrzęki oraz niemiarowość tętna były nieznaczne. Uboczne przykre objawy występują tylko w razach wyjątkowych; często zjawiają się w moczu ślady białka lub cukru, znikają jednak po przerwaniu leczenia; kilkakrotnie S. spostrzegał przyspieszone bicie serca, nie towarzyszyły mu jednak żadne objawy podmiotowe; raz jeden stosowanie tyreoidyny spowodowało biegunkę. (Wien. med. Presse. N. 11. 1896).

= COFFIN zachwala działanie naparu aloesu przy leczeniu wrzodów spowodowanych przez żylaki. Po dokładnem obmyciu wrzodu autor pokrywa go, zależnie od głębokości, 1—3 warstwami leku, potem nieprzepuszczalnym płótnem, oraz nakłada opatrunek z waty; opatrunek zmienia się co 4 dni, a w razie jątrzenia się wrzodu lub bujania ziarniny, należy pendzlowanie aloesem powtórzyć. Autor otrzymuje dobre wyniki nawet u osób, nie będących w stanie leżeć w łóżku podczas leczenia. (La méd. moderne. 21 Mars. 1896).

= BAGIŃSKI stosował w 57 przypadkach płonicy zastrzykiwanie surowicy przeciw paciorkowcowej (MARMOREK'a). Śmiertelność wyniosła 14,6%, gdy epidemie poprzednie dawały przeszło 25% śmiertelności; wynik zatem jest dodatni, a byłby prawdopodobnie pomyślniejszy, gdyby B. nie rozporządzał ograniczoną tylko ilością surowicy i nie

był zmuszony wskutek tego stosować ją w skąpych dawkach 10—20 ctm. szśc. Z ogólnej liczby 48 chorych (9 dla braku ścisłej obserwacji B. wyłącza) u 27-iu przebieg choroby był łżejszy, niż zazwyczaj; powikłania wystąpiły tylko w kilku przypadkach i znikły same przez się; ciepłota bezpośrednio po zastrzyknięciu obniżała się, stan ogólny się polepszał, przebieg zapalenia gardzieli był lekki. W 13 przypadkach surowica nie wywarła wpływu i wystąpiły groźne powikłania, które w 6-iu przypadkach spowodowały zejście śmiertelne. U czterech chorych z liczby pięciu, przyjętych do kliniki ze znacznymi już powikłaniami, nastąpiło polepszenie, jeden zaś zmarł. Uboczne objawy po zastrzyknięciu nie różnią się od występujących po zastrzykiwaniu surowicy przeciw błonicy; dwa razy utworzył się na miejscu ukłucia ropień, kilkakrotnie pozostawała przez czas dłuższy bolesność, raz jeden wystąpiła pokrzywka. (Berl. klin. Woch. N. 16. 1896).

= ALBU przytacza przypadek ostrego rozszerzenia żołądka ze śmiertelnem zejściem. U rekonwalescenta po płonicy wystąpiły nagle obfite, częste wymioty oraz bolesność w okolicy żołądka; nazajutrz wymioty ustały, lecz przyłączyło się znaczne rozdęcie brzucha z wyraźnem chęłbotaniem w lewej połowie; po kilku godzinach chory zmarł. Badanie pośmiertne wykazało nader wielkie rozszerzenie żołądka oraz brak jakichkolwiek zmian patologicznych tego narządu, któreby rozszerzenie usprawiedliwiały. Autor upatruje w tym przypadku ośrodkowe porażenie błony mięśniowej żołądka natury toksycznej, za czem zdaje się przemawiać nagle wystąpienie objawów. (Deut. med. Woch. N. 7 1896).

= BOEMMELL przytacza przypadek otrucia 10-10 miesięcznego dziecka po zażyciu 5,0 bromoformu. Objawy otrucia wystąpiły natychmiastowo, mianowicie: sinica, znaczne zwięźlenie żreńic, osłabienie tętna i oddechu. Po dwugodzinnem stosowaniu sztucznego oddychania oraz wstrzykiwań eteru nastąpiły drgawki, a po upływie 4-ch godzin objawy otrucia minęły. Następnego dnia stan chorego był zadawalający.

(Deutsche med. Woch. N. 3. 1896).

= HOTTINGER badał własności chłonne pęcherza moczowego u zwierząt, wstrzykując do pęcherza roztwory strychniny lub kokainy. Dla młodych zwierząt wagi do 1500 g. śmiertelną była dawka strychniny 0,011, na zwierzęta stare wstrzykiwania pozostawały bez wpływu. Wyniki te są sprzeczne z otrzymanymi przez GUSSEROW'a, który dowiódł, że błona śluzowa pęcherza własności wchłaniającej nie posiada. (Corresp. Blatt. für Schw. Aerzte. N. 7. 1896).

= HAMPEL przytacza przypadek ostrego zatrucia jodem, spowodowanego zażyciem 0,4 *kalii jodati*. W pięć godzin po zażyciu wystąpiły przykre objawy podmiotowe: silny ból głowy, osłabienie ogólne, ból gardła, jednocześnie zaś obfity wpływ z nosa, kaszel ze znaczną wydzieliną oraz obrzmienie powiek. Po zaprzestaniu zażywania lekarstwa objawy ustąpiły, a po upływie czterech dni chora czuła się zupełnie zdrową. (Therap. Monatsh. IV. 1896).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Na VIII Zjazd chirurgów polskich do dnia 22 z.m. zapowiedziano w dalszym ciągu następujące odczyty: 10) Prof. JORDAN: Spostrzeżenia nad przypadkami ciąży zamacicznej, operowanymi w klinice ginekologicznej w r. 1895—1896. 11) Tenże: O wynikach trwałych operacyjnego leczenia opadu jajników. 12) Tenże: O wpływie leczenia operacyjnego odgięć macicy na przebieg ciąży i porodu. 13) Docent ROSNER: O leczeniu operacyjnym włókniako-mięśniaków u nas, a we Francji, Anglii i Niemczech, na podstawie własnych spostrzeżeń, zebranych w klinikach francuskich, angielskich i niemieckich. 14) D-r ŚWITAŃSKI: Uwagi dotyczące raka szyi macicznej, na podstawie spostrzeżeń kliniki ginekologicznej Uniw. Jagiell. 15) Tenże: Przyczynek do pierwotnego gruzliczego zapalenia trąbek. 16) Tenże: Przyczynek do wypociń szypułowych w operacjach na częściach dodatkowych macicy. 17) D-r MIKUSKI: Cięża powikłana kamieniem pęcherzowym. 18) Tenże: Niezwykłe postacie polipów macicznych. 19) Tenże: Zastosowanie solweolu w antyseptyce. 20) D-r LANG: Wyluszczenie macicy przez pochwę z powodu opadu macicy. 21) D-r MAŁEWSKI: O przepuklinie

pęcherza moczowego. 22) D-r GAWLIK: O torbielach jajnikowych na podstawie spostrzeżeń poczynionych na materiale klinicznym w ostatnich dwóch latach. 23) D-r ACKERMAN: Demonstracja włókniako-mięśniaka tylnej wargi części pochwowej macicy urodzonego na zewnątrz. 24) D-r BOGDANIK: Postępowanie przy przepuklinach zgorzelinowych. 25) Tenże: Demonstracja dużego pękniętego torbiela jajnika. 26) D-r KOZŁOWSKI: Okrwawem odprowadzaniu zastarzałych zwichnięć w stawie barkowym (z przedstawieniem chorych). 27) D-r RUFF: O nowotworach śródbłonkowych z przedstawieniem preparatów mikroskopowych z pomocą projekcji.

— W Towarzystwie medycyny sądowej w Paryżu BORDAS przedstawiał fotografie płuc dzieci nowonarodzonych, otrzymane zapomocą promieni ROENTGEN'a. Okazało się, że na fotografiach tych dzieci, które oddychały, widoczne są pęcherzyki powietrza, tych zaś, które nie oddychały, płuca przedstawiają się jako jednolite pole matowe.

— W Akademii nauk w Paryżu ARSONVAL przedstawił fotografię, na której widoczna była kula rewolwerowa w mózgu człowieka żywego.

Sprostowanie. Na str. 605 w. 14 od dołu zamiast „wymioty“ winno być „wywiady“. Na str. 628 w. 9 od dołu zamiast „worek“—„wałek“. Na str. 631 w. 11 od góry zamiast „pokarmami“—„ptomainami“.

APTEKA

E. GESSNERAAleja Jerozolimska 27 róg Kruczej
w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francji nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigułek powlekanych h cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi	0,03
" " "	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,10
" " "	0,10 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,15
" " "	c balsam. tolutan aa 00,5
" caid. arsenicos	0,001
" aloes	0,10
" balsam. peruviani	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsen.
	0,001
" chinini ferro-citrici	0,05
" " muriatici	0,05
" " sufurici	0,05
" extr. cascar. sagrad. fluid.	0,5
" " hydrast. canadens. fluid.	0,5
" " rhei comp.	0,05
" " rhei simpl.	0,05
" " Valerianae spir.	0,10
1) Dragées ferri albuminati	0,05
" " carbonici-Blaudii minor aa	10,00 =
	100
" " " Blaudii major aa	15,00 =
	100
" " Valleti	
" " dialisati peptonati	0,05
" " lacticci	0,05
" " oxyd. Kirchmani (Eis. magn. pill.	
" guajacoli	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos 0,001
" " "	0,05 c. extr. belladonnae 0,01
" ichtyoli	0,05
" jodoformii	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	0,5 c. morph. muriat. 0,004
" pepsini	0,05 (c. acid. muriat.)
" picis	0,05
" Kreosoti Carbonici	0,05
" Guajacoli Carbonici	0,05
" Blaudii minor. c. acid. arsenic.	0,001
" Camphor. bromat	0,05
" Guajacol	0,05 c. extr. belladon 0,001
" " "	0,10 c. codeini 0,10
" jodoformii	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	c. extr. belladon 0,001
" hydrastinin	hydrochlorici 0,025

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

Inselbad Paderborn. Jedyny Zakład leczniczy dla chorych na Astmę*) i tp. stany chorobne. Choroby nosa i gardła. Prosp. darmo. Lekarz specyjalista D-r Brügelmann, Dyr.
*) Porów. Brügelmann'a „O Astmie“ etc III wyd.
Nakład J. F. Bergmann, Wiesbaden 1895.

D-r Leonard Leszczyński

b. ordyn. kliniki chirurgicznej zamieszkał na **Trębackiej N-r 4** przyjmuje z chorobami zębów i jamy ustnej od 10-ej do 5-ej.

D-r Andrzej Lorentski

jak lat ubiegłych ordynuje w obecnym sezonie w Krynicy.

D-r med. Czesław Stiche

ordynuje w Karlsbadzie
Kreuzstrasse Insel Rügen.

PENSYONAT LECZNICZY

NORDERNEY

Informacyi udziela

Rada Sanitarna Dr: Kruse i Dr. Menke.

D-R MAJKOWSKI

starszy lekarz Szpitala Ś-go Mikołaja praktykuje w Busku przez cały sezon. Tegoż do nabycia monografia Buska kop. 60.

D-r J. Panieński

z Poznania

ordynować będzie od 1-go Lipca do 1-go Października

w **Norderney.****PASTYLKI VICHY-ETAT**

Przygotowane ze soli naturalnej
wytworzonej z wód Vichy

Sprzedają się w pudełkach metalowych
opatrzonych pieczęcią.

Mace wytworzone ze soli

naturalnych z wód **VICHY**

Do przygotowania gazowej mineralnej
sztucznej wody Vichy.

A. WETTLER & M. NASSIUS

Warszawa. Hoża № 4g.

Poleca sanitarne urządzenia jako to wanny, piece kąpielowe, umywalnie, water klozety, klozety, pissoiry na oleju i t. p. oprócz tego filtry „Maignena“ z Paryża, uznane dotychczas za najlepsze.