

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do kazuistyki rzadszych umiejscowień torbieli skórzastych (cyst dermoidalnych), podał prof. d-r Rudolf Trzebiicki. — O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia, podał d-r med. H. Higier. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 19. Leczenie dżumy zapomocą surowicy swoistej. — **Odcinek.** Nowy szpital w Hamburgu (Eppendorf). Skreślił d-r med. J. Wszebor. (Ciąg dalszy). — **Korespondencya „Medycyny”.** (Dokończenie) — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r R. Trzebiicki — Contribution à la casuistique des localisations rares des kystes dermoïdes. 2) D-r H. Higier — Sur des formes rares de maladies héréditaires et familiales du cerveau et de la moelle épinière.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r R. Trzebiicki — Ein Beitrag zur Kasuistik seltenerer Localisationen dermoidaler Cysten. 2) D-r H. Higier — Ueber seltene Gestalten hereditärer Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten.

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

Przyczynek do kazuistyki rzadszych umiejscowień torbieli skórzastych

(cyst dermoidalnych),

podał Prof. D-r Rudolf Trzebiicki.

Wiadomą jest rzeczą, że torbiele skórzaste wydarzają się wyłącznie tylko na pewnych dokładnie oznaczonych miejscach, jak to zresztą łatwo zupełnie zrozumieć. Zawdzięczają one, a zwłaszcza t. zw. „torbiele pojedyncze”, swoje powstanie jakiejś nieprawidłowości czy to przy zamknięciu się jamy ciała w linii środkowej, lub innego jakiego przewodu zarodkowego, albo też zabłąkanym cząstkom naskórka wśród wpuklania się tegoż; łatwo więc zrozumieć, iż mogą one się tylko tam rozwinąć, gdzie nadarzy się w życiu płodowem podobna możliwość. Niektóre okolice ciała są w tym względzie szczególnie uprzywilejowane, jak np. brzeg oczodołu, gdy inne miejsca pomimo istnienia okoliczności sprzyjających powstawaniu torbieli skórzastych, pozostają w tyle. Dlaczego właśnie dermoidy w tych miejscach częściej się wydarzają, a w innych rzadziej, tego dotąd nauka, a zwłaszcza embryologia jeszcze nie wykryła. Wobec tego zmuszeni jesteśmy ograniczyć się na razie jedynie tylko do ogłaszania przypadków, w których znaleziono skórzaki na miejscach względnie rzadszych. Przypadek zrzucił, że oniemal na wstępiej karyery chirurgicznej spotkałem się z cystą dermoidalną w okolicy, któ-

ra podówczas uchodziła jeszcze jako arcywyjątkowe siedlisko nowotworów tego rodzaju, a mianowicie z cystą w okolicy kości krzyżowej i ogonowej ¹⁾. Od tego też czasu zwracałem stale baczną uwagę na usadowienie wszelkich cyst dermoidalnych, utrzymując pod tym względem nader sumienną statystykę, którą przy innej sposobności kiedyś ogłoszę. Na razie zamierzam ograniczyć się tylko na krótkim podaniu kilku rzadkich przypadków torbieli skórzastych.

I. Torbiel skórzasta oczodołu.

Lubo zewnętrzny brzeg oczodołu jest szczególnie w górnej części najulubieńszem miejscem usadawiania się torbieli skórzastych, to w samym oczodole są one o wiele radsze. BERLIN ²⁾ zdołał z literatury zestawić zaledwie 73 cyst dermoidalnych oczodołu, a i z tych tylko w 39 przypadkach było rozpoznanie zupełnie pewne. Jeżeli sobie pozwolę podać tu historię choroby przypadku torbieli spostrzeganej w klinice ś. p. prof. RYDLA przez prof. MIKULICZA, to nie czynię tego tak bardzo z powodu umiejscowienia tejże, choć nie tak pospolitego, jak raczej dlatego, że chodzi tu zdaniem mojem o cystę oczodołu klepsydrowatą, podobną do tej, którą opisał KRÖNLEIN ³⁾. Autor ten opisał pod tem mianem torbiel klepsydrową tego kształtu, że część jedna leżała w oczodole, a reszta w jamie skroniowej. Obie te torbiele były połączone zapomocą części węższej przechodzącej przez ubytek w zewnętrznej ścianie oczodołu.

Przypadek mój dotyczył 4-letniej dziewczynki, której rodzice zaznaczyli, że już zaraz po urodzeniu dziecka zauważono małego stopnia wyparcie prawej gałki ocznej ku przodowi. Stan ten pogarszał się powolnie lecz stale aż do czasu przyjęcia do kliniki, gdzie następujący stan znaleziono.

Obie powieki, a szczególnie górna silnie ku przodowi podniesiona. Gałka oczna jest nieco ku dołowi, wewnątrz i przodowi wyparta. Górny załamek spojówki całkiem zniesiony. Badanie palcem wykazuje, że zarówno wyparcie powiek ku przodowi, jak i przemieszczenie gałki ocznej spowodował twór gładki, elastyczny, wielkości orzecha laskowego, przylegający do górnego i zewnętrznego brzegu oczodołu. W zewnętrznej części otworu oczodołu można było końcem palca wejść pomiędzy guz a brzeg kości zaledwie na kilka milimetrów wgłąb. Badanie wziernikiem wykazało prawidłowe stosunki dna oka. Rozpoznano z największem prawdopodobieństwem cystę dermoidalną i postanowiono uciec się do zabiegu chirurgicznego. Operację wykonał w dniu 8 lipca 1896 r. w narkozie chloroformowej prof. MIKULICZ. Po rozcięciu zewnętrznego spojenia powiek i przecięciu spojówki wzdłuż górnego załamka dostrzeżono ścianę torbieli białą-żółtej barwy. Guz dochodził wielkością połowy jaja kurzego. Od części miękkich jamy ocznej nader łatwo dał się guz oddzielić przeważnie na tępo, z kośćmi jednak, a mianowicie z kością jarzmową i wielkiem skrzydłem kości klinowej był tak szczelnie zrośnięty, że zaledwie tylko nożyczkami zdołano go oddzielić i to nie bardzo dokładnie, przyczem naturalnie cienkie ściany torbieli w kilku miejscach naddarto, wskutek czego zawartość jej dostała się do rany. Po wydobyciu torbieli choć tylko częściami, można było wykazać w zewnę-

1) Przyczynek do lokalizacji skórzaków (cyst dermoidalnych). Przegląd lekarski 183½ N-ry 21—24.

2) GRÄFE-SÄMISCH. Handbuch der ges. Augenheilkunde T. 6 str. 678.

3) Zur Pathologie und operativen Behandlung der Dermoidcysten der Orbita. Beiträge zur klin. Chirurgie. T. 4 Z. 1.

trzonej ścianie oczodołu otwór wielkości dużego ziarnka soczewicy, a zgłębnik doń wprowadzony szedł mniej więcej na 3 ctm. ku jamie skroniowej na zewnątrz i ku dołowi. Mimowolnie nasuwało się przypuszczenie, że się tam znajduje dalszy ciąg nowotworu. Mięśni ocznych przy operacji całkiem nienaruszono. Po założeniu sączka zeszyto ranę kilkoma szwami jedwabnymi.

Przebieg pooperacyjny był przez pierwsze 4 dni nader burzliwy. Zaraz na drugi dzień po operacji ciepłota podniosła się do 40° przy dreszczach i utrzymywała się na tej wysokości aż do otworzenia ropnia, powstałego poniżej łuku jarzmowego. Nastąpiło silne obrzmienie powiek i twarzy. Gdy na 4 dzień stwierdzono chęłbotanie wgłębi pod łukiem jarzmowym, wykonano w tem miejscu nacięcie i wypuszczono około łyżki stołowej cuchnącej ropy. Zarówno rana w oczodole, jak i ropień ropiały nader obficie, wskutek czego zupełne wygojenie znacznie się opóźniło. O dalszych losach dziewczęcia nie mogłem się nic dowiedzieć.

Badanie drobnowidzowe ściany torbieli, miejscami zaledwie na 1 mm. grubej, wykazało typową budowę cysty dermoidalnej z nielicznymi gruczołkami. W zawartości torbieli znaleziono bardzo nieliczne krótkie, meszkowate, ciemno-blond włoski.

Jakkolwiek, jak z dopiero co przytoczonej historii choroby wynika, spostrzegaliśmy w naszym przypadku tylko część guza znajdującego się w oczodole, to przecież, biorąc na uwagę tę okoliczność, że ściana torbieli z powodu ścisłych zrostów z kością nie dała się wyjąć w całości, a głównie ze względu na ów ubytek w ścianie bocznej oczodołu, śmiało można przypuścić, że torbiel sięgała aż do jamy skroniowej i wskutek tego w całości posiadała najprawdopodobniej kształt klepsydrowaty. Co do dalszego losu chorej nie posiadamy wprawdzie żadnych wiadomości, nasuwa się jednakże przypuszczenie, że los jej prawdopodobnie stał się podobnym do losu chorego, o którym wspomina KRÖNLEIN. Wogóle nasz przypadek przypomina pod wielu względami ów przypadek KRÖNLEIN'a. I tam rodzice od dzieciństwa zauważyli nierówność obu oczu, a badanie chorego wykazało wyparcie gałki ocznej ku przodowi a równocześnie i obrzęk w okolicy skroniowej. Ucisk okolicy skroniowej zmniejszał tam obrzęk, równocześnie jednak zwiększała się wówczas wyniosłość gałki ocznej. Przy operacji znaleziono wielką torbiel łączącą się przez otwór w kości, mający mniej więcej 2 ctm. średnicy, z drugim guzem usadowionym w głębi oczodołu. Część torbieli znajdującą się w oczodole wyjęto po rozszerzeniu otworu pierwotnego w kości. To też i w naszym przypadku zdaje się być usprawiedliwionem przypuszczenie, że wobec tego, iż najprawdopodobniej część ściany torbieli pozostała w oczodole, a głównie dlatego, że stwierdzono, iż nowotwór sięgał do jamy skroniowej, przyszło lub przyjdzie do nawrotu choroby, oczywiście jeżeli pacjentka żyje, a już od indywidualności przypadku zawisło, czy część śród-oczodołowa, czy też zewnętrzna bardziej się rozwinie. Możliwe jest i to, że się w bliżnie pooperacyjnej z czasem utworzyła uporczywa przetoka wiodąca do resztek torbieli. Zresztą nasuwa się przypuszczenie, czy też ropień poniżej łuku jarzmowego nie zawdzięczał swego powstania właśnie zakażeniu odcinka torbieli położonej po za oczodołem. W takim razie ropienie mogło tu mieć skutek wprost leczniczy dla sprawy pierwotnej.

Ze względu na leczenie torbieli i innych guzów oczodołowych muszę w zupełności przyznać rację KRÖNLEINOWI, który jako jedynie pewną drogę do zupełnego usunięcia tych guzów zaleca osteoplastyczną rezekcję zewnętrznej bocznej ściany oczodołu.

(D. n.).

O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia.

Podał D-r med. H. HIGIER.

(Ciąg dalszy—Zob. N. 6).

Status praesens.

Z o f i a A b r a m s o n, (Fig. I, na str. 151), lat 24, wzrostu średniego, umiarkowanie rozwinięta fizycznie, o anemicznym wyglądzie skóry. Budowa kośćca prawidłowa, podściółki tłuszczowej mało. Na skórze brak wszelkich wykwitów lub wysypek. Na twarzy blizny ospowe. Właściwych oznak z wyrodnienia nie widać. Sutki oraz włosy na sromie dobrze rozwinięte.

Czaszka nie przedstawia nic osobliwego, żadnej asymetrii, żadnego zatrzymania w rozwoju lub wyrównawczego powiększenia w jakimkolwiek wymiarze; guzy czołowe i ciemieniowe nie wystają zbyt; brak wszelkich złogów kostnych lub zagłębień. Przy urodzeniu nie zauważono ani powiększenia głowy, ani śpiczastości, ani spłaszczenia. Zębów co do wielkości i kształtu rozwinięte prawidłowo i niekarbowane. Muszle uszne prawidłowe, podniebienie również.

Zachowanie chorej spokojne; niezbyt żywa mimika pozwala sądzić o małej inteligencji. Chora robi wrażenie osoby starszej, niż jest nią w rzeczywistości: wygląda na lat 30 i kilka, a niekiedy miewa wygląd jeszcze starszy. Powieki górne nieco opadłe, ciężałe, leniwie się zamykają, skóra na czole po większej części ułożona w fałdy, jak gdyby chora siliła się szerzej rozwierać oczy. Częste mruganie. Wszystkie rzeczony ruchy odbywają się mimowolnie, potęgując wyraz twarzy, znamionujący przytępienie umysłowe.

Wyraźnych jakich niedowładów lub porażień ze strony nerwów mózgowych brak zupełnie; brak również wszelkich oznak stanu podrażnienia ruchowego. Marszczenie czoła, krzywienie ust, zamykanie powiek wykonywa chora dobrze, przy płaczu zaś, a zwłaszcza przy śmiechu rozwiera usta bardzo szeroko. Ruchy językiem ku przodowi i boczne oraz ruchy szczęką dolną prawidłowe. Zaniku mięśni języka zauważyć nie można. Mowa jest szorstka, ale wyraźna i dobrze rozumiała. Połykanie prawidłowe, niekiedy jednak chora ulega zachłystnięciu.

Żrenice równomiernie i nieznacznie rozszerzone, prawidłowo reagują na światło i akomodację. Wyraźny zanik nerwów wzrokowych przy braku jakichkolwiek oznak przebytego ich zapalenia.

Siła wzroku obniżona do $\frac{1}{12}$. Pole widzenia, zdaje się, znacznie zwężone. Wrażliwość na barwy wyraźnie zmieniona: chora w środku pola widzenia rozpoznaje tylko barwę niebieską, na obwodzie zaś żadnych nie rozpoznaje. Krótkowzroczność w słabym stopniu. (Kol. WINAWER). Reszta narządów zmysłowych w stanie prawidłowym.

Ruchy głowy swobodne. Chora z łatwością kręci głowę, nachyla i wyciąga ją bez śladu sztywności. Przy ruchach biernych również żadnego wyraźnego oporu zauważyć nie można. Układ głowy prawidłowy. Matka jednak przypuszcza istnienie „osłabienia karku“, we śnie bowiem, gdy przypadkiem głowa zsunie się z poduszki i czas jakiś wisi w powietrzu, chora sama poradzić sobie nie może i zaczyna płakać, nie będąc w stanie wówczas złożyć głowy na poduszki. Klatka

piersiowa zbudowana prawidłowo wykonywa również prawidłowo ruchy oddechowe; kręgosłup prawidłowy i niewrażliwy na ucisk.

Mięśnie łopatki, barku oraz kończyn górnych zarówno po prawej, jak i po lewej stronie — w wysokim stopniu zanikłe. Szczególnie zajęte są mięśnie łopatki: *mm. supraspinati* i *infraspinati*, *rhomboidei* i *teretes*, mięśnie ramienia: *m. deltoideus* i *triceps*, przedramienia: wyprostne; w mniejszym zaś stopniu są dotknięte: *m. sternocleidomastoideus*, dolny odcinek *m. cucullaris*, *pectorales*, *serrati*, *latissimus dorsi*, *levator scapulae* i zginacze przedramienia. Najlepiej zachowane są: *biceps* i *supinator longus*. Łopatki, zwłaszcza ich dolne brzegi wyraźnie odstają od kręgosłupa. Zarysy stawu barkowego są widoczne, jama pachowa nieprawidłowo zagłębiona. Wszelkie bez wyjątku ruchy wykonywane są poprawnie, aczkolwiek słabsze, niż zazwyczaj.

Szczególnie rzuca się w oczy różnica w objętości ramienia i przedramienia.

Objętość ⁵⁾ prawego ramienia (15 ctm. powyżej łokcia) = 15 ctm.

„ „ przedramienia (u góry) = 20 ¹/₂ „

(5 ctm. poniżej łokcia) = 19 „

(pośrodku) = 16 ¹/₂ „

(u dołu) = 13 ¹/₂ „

„ prawej dłoni na wysokości kości śródręcza II—V = 17 ¹/₂ „

Bardzo wyraźny jest zanik mięśni i patologiczne ułożenie rąk. I tu również zanik jednakowo dotknął obie strony. Od strony tylnej ręki rzuca się przedewszystkiem w oczy lekkie zgięcie, połączone ze skręceniem w stronę łokcia, przyczem oddzielne palce nie układają się w jedną płaszczyznę poziomą. Członki końcowe palców silnie wyprostowane, członki środkowe również, z wyjątkiem członków 4-go i 5-go palca, dotkniętych niedającym się przewyciężyć przykurczeniem. Paluch daje się z łatwością wygiąć w stawie śródręcznyczłonkowym (*a. metacarpophalangea*). W wysokim stopniu zaniku znajdują się mięśnie glistowate i mięśnie brzuśca, zwłaszcza *m. opponens* i *abductor pollicis brevis*. Mniej zajęte są mięśnie międzykostne. Zamiast wypuklenia w okolicy brzuśca istnieje mocne zagłębienie. Dłoń wyraźnie zapadnięta. Żaden z mięśni ręki nie odpowiada przy uderzeniu wyraźnem drgnięciem. Przerostu mięśni w kończynach górnych nie zauważono nigdzie.

Podnoszenie ręki, ruchy ksobne i odsiebne, zginanie i wyprostowywanie w stawie łokciowym, nawrotne i wywrotne wykonywane są szybko, aczkolwiek nieznaczny opór bierny jest w stanie unieemożliwić owe ruchy. Zginanie i wyprostowywanie w stawie napiętkowym oraz ściskanie ręki są możliwe pomimo wyraźnego zaniku zginaczy i mięśni wyprostnych. Rozszerzanie palców, zginanie i wyprostowywanie wykonywa chora prawidłowo, ruchy paluchem i małym palcem są niezręczne, ograniczone i wymagają dużego nakładu siły. Określenie siły zapomocą dynamometru nie udaje się ze względu na to, iż chora nie jest w stanie ręką należycie ścisnąć przyrządu. Łyżkę podczas jedzenia trzyma chora po dziecinnemu i niezgrabnie. Brak wszelkich śladów bezładu.

Drgania włókienkowe istnieją w bardzo niewielkim stopniu najłatwiej występują na brzuścu i na wyprostnej powierzchni przedramienia. W chłodny dzień przy obnażeniu ramienia widać żywe falowanie mięśni.

Pobudliwość nerwów i mięśni zarówno na prąd stały; jak i przerywany wyraźnie obniżona wszędzie. W mięśniach

⁵⁾ Podajemy wymiary u wszystkich siostr tylko z prawej strony, zarówno bowiem czynności ruchowe jak i odżywcze po obydwóch stronach były jednakowe.

brzuśca, *hypotenaris* i międzykostnych dosyć silne prądy stałe (15—25 MA) nie wywołują żadnych lub też ledwo dostrzegalne drgania. Wybitnie leniwych skurczów mięśni lub przemiany prawidłowej formuły drgań stwierdzić się nie udaje.

Pobudliwość mięśni na bodźce mechaniczne w wysokim stopniu obniżona. Opieszałości w drganiach pod wpływem bodźców mechanicznych powstałych zauważyć nie można.

Brak wszelkiego napięcia lub przykurczeń mięśni. Odruch mięśnia dwugłowego żywy, trójgłowego z obydwóch stron słaby; odruch okostnej na przedramieniu prawidłowy. Na przebiegu pni nerwowych nie udaje się stwierdzić ani ograniczonych, ani też rozlanych zgrubień, jak również żadnej wrażliwości na ucisk. Gruczoły łokciowe wyraźnie wyczuwalne z obydwóch stron.

Mięśnie brzuszne silne; dolne mięśnie grzbietowe, zdaje się, mały biorą udział w zaniku. Sztywność kończyn dolnych. Ruchy bierne z trudnością dają się wykonać. Mięśnie kso bne uda w stanie silnego przykurczenia, tak iż za ledwo z wysiłkiem można oddalić jedno kolano od drugiego na szerokość kilku centymetrów; gdy je się puści, zbiegają się jakby na sprężynach osadzone. Kolana w ciągłym są z sobą zetknięciu, zarówno przy leżeniu, jak i chodzeniu; biernie można je wyprostować tylko do 135° . Zupełne wyprostowanie ich jest niemożliwe ze względu na patologiczne napięcie zginaczy uda.

Obok kurczowej addukcji uda uderza skrócenie do wewnątrz niekształtnej goleni o postaci cylindrycznej i stóp kopytowo-szpotaowych. Te ostatnie są bardzo zniekształcone, znacznie krótsze, niż normalnie: przednia część stopy jest szeroka, a cała stopa od przodu ku tyłowi równomiernie spłaszczona. Patrząc na stopę z boku, wydaje się, jak gdyby podeszew była wyżłobiona, tylna zaś powierzchnia stopy odpowiednio wypukłona. Nadto istnieje nadmierne wyprostowanie dużego i zgięcia pozostałych palców.

Dowolne ruchy w zniekształtconym stawie stopowym są zupełnie niemożliwe; palcami porusza chora niedostatecznie. W stawie kolanowym i biodrowym mniej obszerne ruchy są nieźle wykonywane. Stanie i chodzenie od 2—3 lat prawie zupełnie stało się niemożliwe. Jeżeli chorą unieść z siedzenia i podtrzymać, wtedy może się ona jakiś czas utrzymać na nogach. Siedzenie w łóżku, lub wstawanie z położenia poziomego jest niemożliwe wskutek spastycznego przykurczenia kolana. Siedzenie z nogami opuszczonemi jest względnie niezłe.

Istnieje wyraźny zanik mięśni wyprostnych uda; szczególnie dotknięta jest dolna część *m. quadricipitis*. Postać rozlaną ma zanik mięśni goleni. O zaniku małych mięśni stopowych nie da się nic stanowczego powiedzieć.

Objętość prawego uda (bezpośrednio nad rzepką) = $32\frac{1}{2}$ ctm.

„ „ (15 ctm. „) = 30 „

„ „ (20 „ „) = 31 „

„ „ (25 „ „) = 35 „

„ łydki = $26\frac{1}{2}$ „

„ goleni (12 ctm. poniżej rzepki) = $25\frac{1}{2}$ „

Gruba siła ruchowa ograniczona. Niedowład szczególnie występuje w *m. quadriceps* i w obrębie *m. peronei*. Pobudliwość mięśni na bodźce mechaniczne mała. Drgań włókienkowych brak tu zupełnie, natomiast występuje żywe falowanie pod wpływem podmuchów skierowanych na skórę, nadewszystko zaś pod wpływem

podrażnienia prądem przerywanym lub silnym stałym mięśni goleni. Badanie elektro-diagnostyczne wykazuje tu, zupełnie tak samo jak na kończynach górnych, wyraźne zmniejszenie pobudliwości na prądy elektryczne bez zmian ilościowych, któreby dowodziły obecności odczynu zwyrodnienia.

Odruchy rzepkowe bardzo żywe. Odruchu ścięgna Achillesa po operacji wywołać nie można, jak również uprzednio istniejącego objawu stopowego. Odruchy skórne słabsze, niż jak to bywa prawidłowo. Opukiwanie goleni i wewnętrznej powierzchni kolana drgań nie sprowadza.

Nogi w obwodowych swych częściach aż do górnej $\frac{1}{3}$ części goleni są zimne, sine, obrzęknięte. Zimą ziębną palce u nóg bardzo łatwo; tworzą się odziebliny wrzodziejące, pomimo że chora stale przebywa w domu i mało jest narażona na zmiany ciepłoty. Jednocześnie obrzmiewają też palce w stawach śródręcznych i stawach międzypalcowych.

Sfera czuciowa jest po dokładnem zbadaniu niezmienną. Najłżejsze dotknięcie rozpoznaje chora dobrze i ściśle też je umiejscawia. Ukłucie szpilką ucuwa chora jako bolesne. Niewielkie obniżenie czucia ciepłoty można zauważyć na nogach obrzękniętych i zimnych. Czucie mięśniowe i świadomość położenia zachowane w zupełności. Bezładu nie ma.

Narządy wewnętrzne prawidłowe. Czynności wegetacyjne nienaruszone. Brak zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru, ani żadnych osadów patologicznych. Miesiączkowania poprzednio nieprawidłowego brak zupełnie. Łaknienie wyborne, sen dobry, ciepłota ciała zawsze prawidłowa.

Zdolności umysłowe dużo ucierpiały podczas choroby. 24-letnia chora zaczyna się bawić lalkami, niszczy bardzo często własne i młodszych sióstr ubranie, drąc ze szczególnem zamiłowaniem koronki, prując obrąbki, tnąc je w kawałki, które następnie chowa do kieszeni. Kilkakrotnie wymierzona kara żadnego skutku nie odniosła. Chora drapie się w swędzące ją nogi w obecności osób obcych, odpina i zapina suknię bez żadnego powodu. Zadania liczebne wykonywa bardzo niedostatecznie. Młodsza o 15 lat siostra, niedotknięta omawianem cierpieniem, liczy daleko szybciej i pewniej, rozwiązując zadania liczebne prędzej od niej. Pamięć mało zmieniona. Świadomość choroby istnieje.

Co się tyczy przebiegu choroby, to wypada zauważyć, iż zanik mięśniowy blisko w 6 lat później wystąpił od objawów spastycznych. Postęp choroby w ciągu ostatnich kilku lat znamionowało głównie obniżenie siły wzroku i wzmaganie się zaniku mięśniowego.

Siła wzroku wynosiła w sierpniu 1894 r. — $\frac{1}{7}$, w marcu 1895 r. — $\frac{1}{12}$.

W oznaczonych miesiącach objętość ramienia wynosiła $21\frac{1}{4}$ i 18, przedramienia $20\frac{1}{4}$ i 18, uda $35\frac{1}{2}$ i 30, goleni 30 i $25\frac{1}{2}$ ctm.

Pobudliwość nerwowa na prądy przerywane, mierzona zapomocą normalnej elektrody STINTZING'a, wynosiła w oznaczonych miesiącach, w nerwie dodatkowym (*n. accessorius*) 0,8—1,2 MA (prawidłowo 0,27);

w nerwie mięśniowo-skórnym (*n. musculo-cutaneus*) 2,2 — 3,0 MA (prawidłowo 0,17);

w nerwie biodrowym (*n. cruralis*) 4,0—5,5 MA (prawidłowo 1,05);

w nerwie goleniowym (*n. tibialis*) 3,5—4,5 MA (prawidłowo 1,45) i t. d.

Sztywność mięśni kończyn dolnych w porównaniu z dawniejszą, znacznie się zmniejszyła, co, prawdopodobnie, należy położyć na karb zwiększającego się zaniku mięśniowego. Jedyne rzeczywiste zwolnienie w przebiegu choroby miało miejsce, jak to wspomniano w wywiadach, przed kilku laty po kąpielach ciechocińskich i dotyczyło tylko pewnej poprawy w chodzeniu.

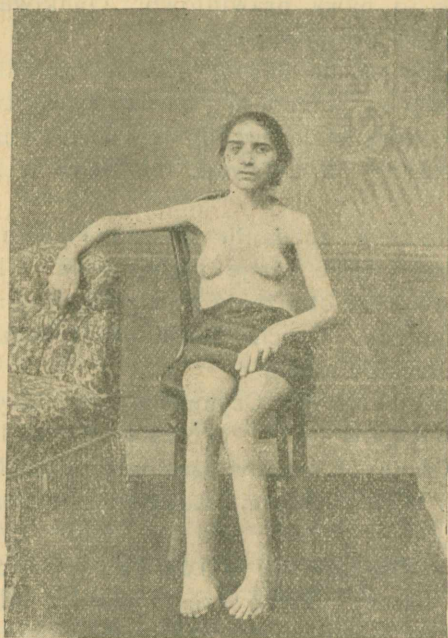


Fig. I.



Fig. II.

E w a A. (Fig. II), lat 20, rozwinięta odpowiednio do swego wieku. Barwa skóry prawidłowa. O d ż y w i a n i e ś r e d n i e. W stanie ogólnym żadnych szczególnych zaburzeń. Głowa ani pod względem swej wielkości, ani też jakichkolwiek nieprawidłowości w formie czaszki nie razi. Opukiwanie czaszki niebolesne. Rysy twarzy mało inteligentnej chorej przed laty, według słów matki, zachwycająco piękne, odznaczają się pewną prostotą. Wejrzenie erotyczne. Język oraz mięśnie twarzowe przedstawiają się prawidłowo. *Rire en travers*. Ruchy oczu swobodne; brak podwójnego widzenia; sprawność konwergencji i akomodacji bardzo dobra.

Siła wzroku znacznie obniżona. Brak wszelkich nieprawidłowości ze strony refrakcji. Badanie za pomocą oftalmoskopu wykrywa mało posunięty, atoli wyraźny zanik pierwotny obydwóch nerwów wzrokowych. Pole widzenia dla barwy białej i innych w obydwóch oczach znacznie z wą ż o n e; barwę zieloną określa chora niepewnie, najwyraźniej rozpoznaje czerwoną. Słuch, smak i powonienie prawidłowe.

Mowa wyraźna, powolna (*bradylalia*). Sylabizowanie całego wyrazu rozwlekłe, przerwy pomiędzy oddzielnymi sylabami i wyrazami przedłużone, akcentowanie bardzo jednobrzmiące. W y m o w a n o s o w a. Na podniebieniu miękkim, w gardzieli i krtani żadnych porażeń lub innych jakich nieprawidłowości. Brak również wyrosła w jamie nosogardzielowej, oraz obrzmienia gruczołów.

Kregosłup równy, w niektórych miejscach wrażliwy na ucisk. Oznak przebytej krzywicy lub przymiotu niema. W karku ani śladu sztywności. Układ głowy naturalny. Barki wolne od wszelkiego napięcia i nieograniczone w ruchach i w takim też stanie były zawsze. Chora bywa niezręczna przy ruchach delikatniejszych, wskutek czego pisanie, szycie, roboty szydełkowe, dzierganie nieporównanie gorzej jej idzie, niż to było w latach szkolnych. Bezładu, ani drżenia zauważyć nie można. Mięśnie kończyn górnych umiarkowanie rozwinięte. Gruba siła ruchowa równomiernie obniżona wszędzie. Zaników ograniczonych lub porażień brak zupełnie.

Układ rąk jest nieco szczególny i z wyłączeniem zaniku mięśniowego przypomina wiele z układu opisanego u siostry starszej. Ręka w stawie nadpięstkowym jest lekko zgięta i jednocześnie skręcona w kierunku łokcia; palce ułożone nie w jednej płaszczyźnie poziomej; końcowe i średnie członki palców wyraźnie wygięte. Brak wszelkich drgań włókienkowych mięśni i wrażliwości nerwów i mięśni na ucisk. Pobudliwość na obydwie rodzaje prądów elektrycznych obniżona w bardzo niewielkim stopniu.

Objętość prawego ramienia	(15 ctm. ponad łokciem)	25½ ctm.
„ „ przedramienia (u góry)		23 „
„ „ (5 ctm. poniżej łokcia)		23 „
„ „ (pośrodku)		19½ „
„ „ (u dołu)		15 „
„ prawej ręki na wysokości kości śródręcznych II—V		18 „

Czucie we wszystkich swych odmianach nie tknięte, głównie zaś czucie mięśniowe oraz świadomość miejsca, badane kilkakrotnie dokładnie z zachowaniem wszelkich ostrożności. Odruchy ścięgniste i okostnej wzmożone umiarkowanie.

Stanie bez pomocy możliwe. Chora jest w stanie, nie podpierając się, usiąść na krześle i wstać z niego. Wyprostowywanie się z pozycji leżącej wykonywane jest z wielką trudnością, atoli bez rzucania w tę i ową stronę górnej części tułowia. Chodzenie jest obecnie zupełnie niemożliwe; uprzednio posiadało ono cechę spastyczno-paretyczną bez śladu bezładu. Na podłodze z wyciągniętymi nogami chora bez podtrzymywania się siedzieć dobrze nie potrafi, z nogami opuszczonemi siedzi łatwiej. Skurcz mięśni kso-bnych uda, przykurczenie w stawie kolanowym, niekształtna stopa szpotawo-końska, stałe nadmierne zgięcie grzbietowe dużego palca i zgięcie podeszwowe pozostałych.

Zbadanie grubej siły mięśniowej ze względu na istniejący stan spastyczny mięśni przedstawia trudności. Ruchy czynne w stawie stopowym i palcowym są bardzo ograniczone. Zanik łydek. Zresztą stan odżywiania mięśni kończyny dolnej jest, zdaje się, nienaruszony.

Objętość prawego uda (bezpośrednio nad rzepką)	34 ctm.
„ „ (15 ctm. „)	37½ „
„ „ (20 „ „)	40 „
„ „ (25 „ „)	44 „
„ łydki	28½ „
„ goleni (12 ctm. poniżej rzepki)	27 „

Golenie i stopy zimne, sine, obrzmiałe. Pobudliwość mięśni na prądy elektryczne obniżona. Sfera czuciowa nietknięta. Odruchy rzepkowe z obydwóch stron bardzo żywe, odruchy skórne słabe. Zwieracze prawidłowe.

Co się tyczy zdolności intelektualnych, to tu daje się stwierdzić pewien, bardzo słaby stopień przytępienia umysłowego; szczególnie, zdaje się, zwraca uwagę, jako objaw patologiczny, zarówno bezgraniczna miłość, jaką żywi chora dla siostry młodszej, jak i niczem nie wytłumaczona popędliwość, skłonność do kłótni z dwiema pozostałymi przy łada sposobności. Chorą łatwo pobudzić do płaczu. Wogóle jest ona usposobienia spokojnego, posłuszna, chętnie poddaje się niektórym przykrym zabiegom leczniczym (codzienne zastrzykiwania podskórne sublimatu); liczy i czyta o wiele wprawniej, niż starsza siostra.

Co się tyczy przebiegu choroby, to ostatnimi laty, zdaje się, postępuje ona znacznie powolniej, niż przedtem. Chora pamięta, że w 10-ym roku życia jeszcze dobrze biegła. Jako dowód przytacza wiele epizodów z życia szkolnego, „kiedy ręce i nogi posiadały jeszcze postać prawidłową, zdrową” i chora musiała niejednokrotnie „za jednym podmuchem wiatru” przebiec kilka pięter schodów, ażeby nie spóźnić się do szkoły zbyt odległej od jej mieszkania. Sztywność i drżenie wystąpiły podobno najpierw w prawej nodze.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

19. YERSIN. **Leczenie dżumy zapomocą surowicy swoistej.** Pierwsze badania bakteryologiczne nad dżumą rozpoczął YERSIN w 1894 r. podczas epidemii, która poraz pierwszy nawiedziła Hong-Kong.

Jednym z charakterystycznych objawów dżumy jest silne obrzmienie gruczołów pachwinowych (dymienica) w połączeniu z gorączką i bredzeniem. Objawy te poprzedzane bywają kilkodniowym osłabieniem i przygnębieniem. W miąższu tych właśnie dymienic, a w ciężkich przypadkach i we krwi chorych na dżumę, znajdował YERSIN stale zarazek pod postacią krótkiego lasecznika z zaokrąglonymi końcami, który łatwo się barwi barwnikami anilinowymi i dobrze się hoduje na agarze lub bulionie alkalicznym. Przy tem należy zauważyć, że końce lasecznika barwią się daleko mocniej niż środek i że odbarwia się on według metody GRAM'a.

Omawiany zarazek znajduje się nie tylko u ludzi dotkniętych dżumą, lecz i u szczurów, które giną w wielkiej ilości w samym początku epidemii. Łatwo wywołać dżumę u myszy i szczurów zapomocą zarazka pochodzącego od ludzi zadżumionych, wstrzykując go pod skórę lub do żyły tych zwierząt, a nawet można wywołać epidemię w klatce, umieszczając zarażone zwierzę ze zdrowymi. Również podczas i po epidemii znaleźć można w ziemi, pochodzącej z miejscowości dotkniętych dżumą, zarazek zupełnie podobny do właściwego lasecznika dżumy, lecz mniej od niego jadowity; stale się on tam znajduje, zachowując swoje własności chorobotwórcze. Temu zarazkowi przypisuje YERSIN zarazę u szczurów, poprzedzającą wszystkie epidemie dżumy, jak również powracanie epidemii rok rocznie w niektórych miejscowościach. Prócz szczurów mogą przenosić zarazę muchy.

Człowiek zaraża się dżumą w ten sposób, jak i zwierzęta. Zarazek dostaje się do ustroju przez rany na skórze lub przez przewód pokarmowy.

Po dokładnem zbadaniu szerzenia się zarazy i samego zarazka dżumy w Hong-Kongu w 1894 r. powrócił YERSIN do Paryża, aby w Instytucie PASTEUR'a prowadzić dalsze badania nad omawianym zarazkiem, oraz próby uodparniania zwierząt przeciwko tej chorobie. Zaszczepienie świeżej hodowli dżumy pod skórę wywołuje u konia znaczny obrzęk w połączeniu z silną gorączką trwającą 48—60 godzin, poczem obrzęk się zmniejsza i przechodzi w ropienie. W celu uniknięcia tworzenia się ropni, YERSIN wstrzykiwał hodowlę do żyły konia. Po upływie 4—6 godzin po zastrzyknięciu ciepłota dosięga 40°, a niekiedy 41 C°. Koń staje się bezwładnym, drży, gorączka trzyma się w mierze przez kilka dni, następnie stopniowo się obniża; obrzmienia gruczołów nie można zauważyć. Szczepienia powtarzano kilkakrotnie, zawsze jednak po długiej przerwie, podczas której zwierzę przychodzi do zdrowia. Podczas uodparniania konie bardzo chudną, reagując po każdym szczepieniu, lecz odczyn ogólny trwa coraz krócej.

Surowica z konia w ten sposób uodparnianego, szczepiona myszom w ilości $\frac{1}{10}$ ctm. sz. na 12 godzin przed zastrzyknięciem hodowli dżumy, zapobiegała wybuchowi choroby, podczas gdy inne surowice nie wywierały tego działania.

Myszy zarażone na 12 godzin przed zastrzyknięciem surowicy otrzymywały ją w ilości 1— $1\frac{1}{2}$ ctm. sz. Wszystkie pozostawały przy życiu, kontrolujące zaś padały bez wyjątku.

Zachęcony wynikiem wyżej podanych doświadczeń, YERSIN powrócił do Chin, w celu wypróbowania na ludziach leczniczych własności otrzymanej surowicy. Pomimo napotykanych trudności ze strony mieszkańców Kantonu i Hong-Kongu udało się YERSIN'owi wypróbować działanie surowicy na jednym chorym: młody chińczyk, lat 18, od kilku dni słaby, zaczął się skarżyć na silny ból w pachwinie, przyczem wystąpiła silna gorączka i ogólne osłabienie. W 6 godzin po rozpoczęciu choroby, t. j. o 5-tej po południu, chory otrzymał 10 ctm. sz. surowicy. O 6-tej i 9-tej wieczorem zastrzyknięto mu również po 10 ctm. sz. surowicy. Stan chorego był początkowo bez zmiany; polepszenie nastąpiło po północy. Rano ciepłota ciała obniżyła się, ociężałość i inne objawy znikły, okolica pachwinowa przestała być bolesna przy dotyku i obrzęk znacznie się zmniejszył.

30 ctm. sz. surowicy wystarczyło więc do wyleczenia ciężkiego przypadku dżumy z szybkością nadzwyczajną, pomimo że surowica ta była bardzo słaba, pochodziła bowiem od konia świeżo na miejscu uodparnianego. W 2 przypadkach późniejszych surowica również okazała się skuteczna.

Dalsze próby leczenia surowicą prowadził YERSIN w Amoy, mieście liczącem od 200 do 300 tysięcy mieszkańców, gdzie dżuma przeniesiona została z Hong-Kongu w 1895 r. i od tej pory gnębi Amoy prawie bez przerwy, słabnąc tylko zimą. W przeciągu 10 dni Y. miał sposobność zastosować surowicę u 23 chorych, z których tylko 2 zmarło.

U 6-u zadżumionych z tej liczby zastosowano surowicę zaraz 1-go dnia choroby; ci wszyscy w przeciągu 12—24 godzin powrócili do zdrowia. Dymienice nie przeszły w ropienie. Każdemu wstrzyknięto 20—30 ctm. sz. surowicy.

U 6-iu innych zastosowano surowicę 2-go dnia. Ci otrzymali po 30 do 50 ctm. sz. surowicy. Wyzdrowienie zupełne nastąpiło dopiero po upływie 3—4 dni, dymienice również nie przeszły w ropienie.

U 4-ch chorych rozpoczęto leczenie 3-go dnia. Gorączka trwała jeszcze 2 dni po pierwszym zastrzyknięciu; wyzdrowienie następowało powolniej, dymienice przeszły w ropienie w 2 przypadkach; surowicy otrzymał każdy 40—60 ctm. sz.

Trzem chorym zastrzyknięto pierwsze dawki surowicy dopiero 4-go dnia; wyzdrowieli oni po upływie 5—6 dni. U jednego z nich dymienica przeszła w ropienie. Każdy otrzymał surowicę w ilości 20—50 ctm. sz.

Pozostałym 4-m chorym szczepiono pierwszy raz surowicę 5-go dnia. Z tej liczby 2 zmarło, dwaj inni wyzdrowieli, otrzymawszy surowicy 60—90 ctm. sz.

Ogółem do tej pory leczono surowicą 26 przypadków dżumy, z których 2 tylko zakończyły się śmiercią.

Należy zauważyć, że im wcześniej stosuje się surowicę przy dżumie, tem okazuje się ona skuteczniejszą. Jeżeli leczenie jest opóźnione, trzeba wstrzykiwać surowicę w większych ilościach, pomimo to nie zawsze udaje się powstrzymać ropienie dymienic, trwa ono jednakże znacznie krócej, niż w wyjątkowych przypadkach, w których chory bez leczenia powraca do zdrowia. Jednym również z dowodów skuteczności surowicy jest szybki powrót do zdrowia osób leczonych, podczas gdy w zwykłych razach trwa on nader długo. Chorzy leczeni surowicą uskarżali się niekiedy na silne bóle w miejscu zastrzyknięcia, które jednak szybko znikają.

Surowica, którą YERSIN stosował w Amoy, przysłana mu była z Instytutu PASTEUR'a z Paryża, następnie przewożona z miejsca na miejsce; mimo to nie utraciła własności leczniczych.

Jakkolwiek w przypadkach leczonych surowicą badanie bakteryologiczne było zaniechane, nie ujmuje to wartości spostrzeżeniom, które Y. przytacza, gdyż dżuma łatwo rozpoznać się daje. Wobec dość pomyślnych wyników leczenia dżumy surowicą należy przypuszczać, że jeszcze łatwiej możnaby zabezpieczać przeciwko zarażeniu się, wstrzykując surowicę wszystkim pozostałym mieszkańcom domu, gdzie pierwszy przypadek dżumy się zjawi. Byłby to może najlepszy sposób przeciwko szerzeniu się zarazy.

(*Annales de l'Institut Pasteur* N. 1. 1897).

Wł. P.

ODCINEK.

NOWY SZPITAL OGÓLNY W HAMBURGU (EPPENDORF).

Skreślił d-r med. J. Wszebor.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 6).

III.

Wedle typu dopiero co opisanego, wybudowano bez żadnej zmiany 26 pawilonów. Dla różnych powodów zaprowadzono, przy budowie innych pawilonów pewne zmiany w pierwszym planie, zatrzymując wszakże ogólne jego zarysy. I tak wybudowano 4 większe pawilony, mianowicie dwa dla oddziału wewnętrznego i po jednym dla oddziałów chirurgicznego i zakaźnego, z podwójną ilością pokoi izolacyjnych t. j. 8 i w tym celu długość części szczytowej północno-zachodniej, mieszczącej w sobie 4 pokoje, dwa razy powiększono, zatrzymując dla pozostałych części pawilonu wymiary pierwotnego.

Dwa pawilony dla dzieci: (jeden w oddziale chirurgicznym, drugi w wewnętrznym) mają tak samo wydłużoną część szczytową północno-zachodnią, dla zyskania miejsca dla klatki schodowej, która rząd pokoi oddzielnych prze-rywa i wejście ma od strony zachodniej. Pawilon dla dzieci jest o parterze i 1-em piętrze wyjątkowo w celu ułatwienia dozoru nad choremi dziećmi, a zmiana

ta pociągnęła za sobą pewne różnice w urządzeniach ogrzewających i wentylacyjnych.

Na dolnem piętrze zachowano ogrzaną podłogę, a brak przewiewu dachowego zastąpiono kanałami wyciągowymi przeprowadzonymi w kątach sali i w filarach międzyokiennych. Na górnem piętrze ogrzewanie odbywa się zapomocą pieców żeberkowych na środku sali i rur parowych pod oknami przechodzących. Dla względów oszczędnościowych przy budowie podłoga nie jest ogrzewalna i powietrze zewnętrzne po ogrzaniu także tu nie napływa. Za to przewiew dachowy wyłącznie służy pierwszemu piętru. Zresztą pawilon dla dzieci nie różni się od pawilonu normalnego.

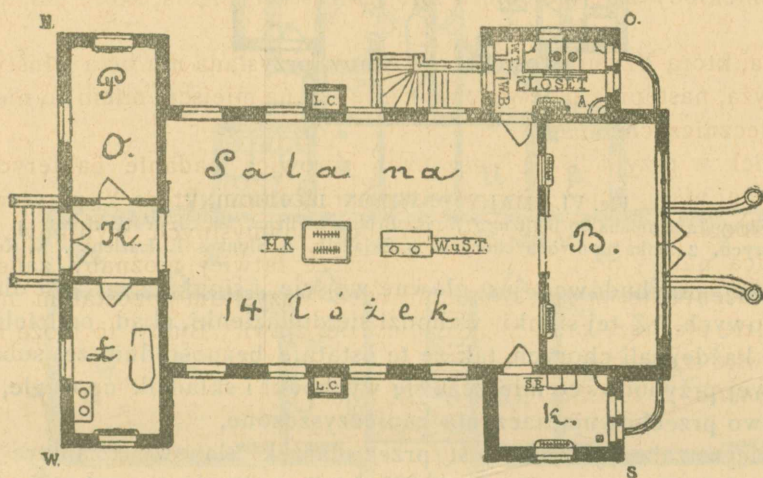


Fig. V. WIELKI PAWILON IZOLACYJNY.

A. Zlew. H. K. Ogrzewalnik parowy. L. C. Kanał powietrzny. S. B. Misa do splókiwania naczyń. W u S. T. Umywalnia i stół do pisania. W. B. Brudna bielizna. W. T. Spust do bielizny. P. O. Pokój oddzielny. K. Korytarz. k. Kuchenka. Ł. Łazienka. B. Bawialnia.

Niezależnie od oddziału epidemicznego, wystawiono szereg budynków izolacyjnych dla chorób zakaźnych ostrych, które w wielkiem mieście rzadko lub wcale nie wygasają. Budynki te wzorują się na dwóch typach, które noszą nazwy: większy pawilon izolacyjny na 15 łózek i mniejszy pawilon izolacyjny na 6 łózek. Pierwszy przeznaczony jest dla chorób występujących częściej i liczniej, drugi dla chorób wyjątkowo w danej chwili pojawiających się, a także dla chorych dotkniętych więcej niż jedną zakaźną chorobą.

Istnieje 12 większych pawilonów izolacyjnych. Z tych 4 służą jako chwilowe pomieszczenie chorych świeżo do szpitala zapisanych, którzy dopiero po bliższem zbadaniu i obserwacji przechodzą do pawilonów właściwych. Oddziały wewnętrzny i chirurgiczny posiadają po dwa takie pawilony.

Mniejszych pawilonów izolacyjnych wybudowano 11, z pozostałymi ośmioma większymi, dla właściwych izolacyjnych celów służącymi, rozdzielone są one między oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny i zakaźno-epidemiczny.

Większy pawilon izolacyjny różni się od normalnego tem, że jest dwa razy od niego krótszy. Z tego powodu sala dla chorych przy tej samej szerokości jest dwa razy mniejsza i zawiera tylko 14 łózek; korytarza poprzecznego wcale niema; koniec północno-zachodni pawilonu mieści w sobie prócz łazienki tylko jeden oddzielny pokój, a na drugim końcu znajduje się bawialnia, kuchenka i wychodek (patrz fig. V).

Mniejszy pawilon izolacyjny zupełnie odbiega od typu poprzednich. Główna jego część jest kwadratowa, o boku równym szerokości sali pawilonu wzorowego. Kwadrat ten jest podzielony wewnątrz na dwie połowy; z tych jedna jest salą dla chorych o 4 łózkach, druga dzieli się jeszcze na salę dla chorych o 2-ch łózkach i obszerną łazienkę. (Patrz fig. VI).

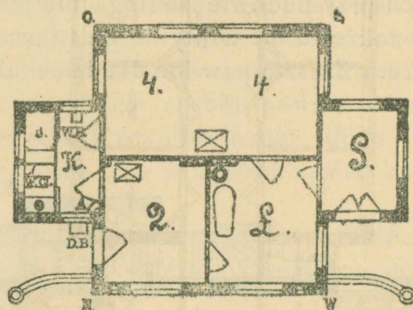


Fig. VI. MAŁY PAWILON IZOLACYJNY.

A. Zlew. D. B. Skrzynia druczana do bielizny. W. B. Brudna bielizna. W. C. Waterklozet. 4. 4. Salka na czterech chorych. 2. Salka na dwóch chorych. s. Składowik. S. Sionka. Ł. Łazienka. K. Korytarz.

W prawej przybudówce jest główne wejście i sionka z szafami dla bielizny i naczyń stołowych. Z tej sionki wchodzi się do łazienki, z kąd oddzielne drzwi prowadzą do każdej sali chorych, tak że te ostatnie bezpośrednio ze sobą się nie łączą. W lewej przybudówce mieszczą się wychodki i składowik na węgle, gdzie się także chwilowo przechowują naczynia zanieczyszczone.

Wentylacja zabezpieczona jest przez daszek klapowy i żaluzje szklane w górnych częściach okien; schowania dla bielizny brudnej i zakażonej są urządzone tak, jak w innych pawilonach. Do ogrzewania służą piece zwyczajne i kaflowe. Woda gorąca do kąpieli przygotowuje się w łazience w miedzianym kociołku. Podłoga w salach chorych jest drewniana, w łazience, wychodku i sionce wchodowej z marmuru terrazzo. Te ostatnie pomieszczenia wcale pieców nie posiadają.

Mniejszy pawilon izolacyjny rzadko kiedy jest potrzebny, częściej jednak, niż baraki drewniane, których opis pomijamy, a które tylko w razach nadzwyczajnych przy nagle wybuchających epidemiach, np. cholery, otwierane bywają dla chorych.

Do budynków służących jako pomieszczenie dla chorych należą jeszcze 4 pawilony dla pensjonarzy i jeden pawilon dla chorych niespokojnych.

Pawilon dla chorych niespokojnych (Delirantenhaus) służy najczęściej dla dotkniętych obłędem pijackim (*mania potatorum*) i składa się z budynku piętrowego i prostopadłej do niego części parterowej z 6-a pokojami dla furjantów. Mniej gwałtowni mieszczą się w dwóch salach sześciolóżkowych parterowych w domu piętrowym. Na pierwszym piętrze dwie odpowiednie sale przeznaczone są dla rekonwalescentów, którzy nadto korzystają z obszernej bawialni o ścianie oszklonej, wystawionej na południo - wschód. (Patrz fig. VII).

Podłoga w pomieszczeniach dla chorych jest wszędzie drewniana. Do ogrzewania służą piece żeberkowe parowe. Na 1-em piętrze do wentylacji urządzone jest daszek klapowy i żaluzje szklane w górnej części okien. Na parterze istnieją kanały wyciągowe w ścianach i szklane żaluzje w oknach. W pokojach dla furjantów duże nadbrzwiami okno wychodzi na korytarz przykryty z wierzchu daszkiem klapowym o ścianach bocznych szklanych, który służy jednocześnie do oświetlania korytarza i jego wentylacji.

Pawilony dla pensjonarzy (Kostgängerhäuser) urządzone są dla średnio zamożnych osób, pragnących korzystać z leczenia i opieki szpitalnej w oddzielnych pokojach. Pensjonarze dzielą się na 3 klasy, stosownie do tego, czy

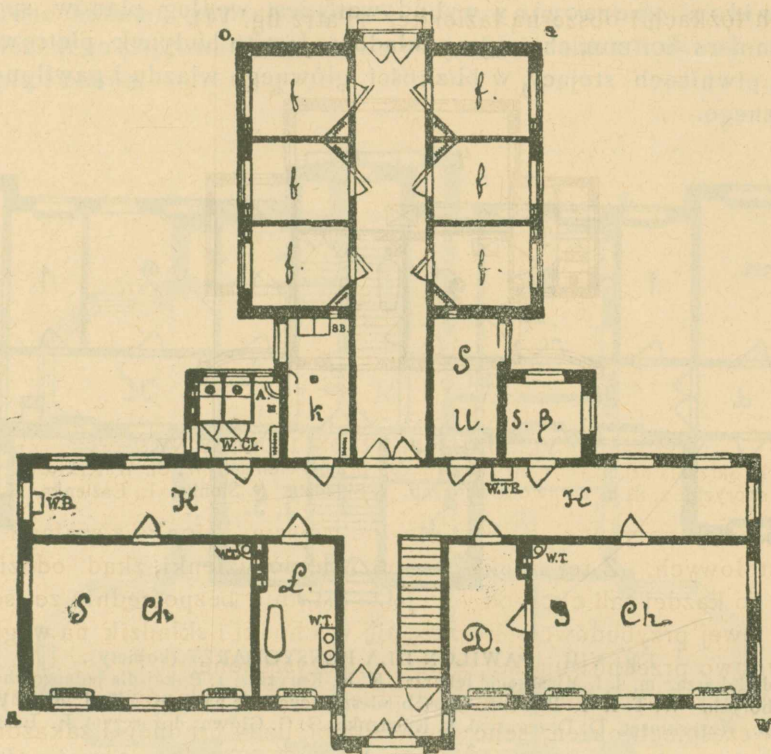


Fig. VII. DOM DLA FURYATÓW.

f. Pokoiki dla furjatorów. k. Kuchenka. S. B. Misa do zmywania naczyń. S. U. Skład ubrania. S. B. Skład bielizny. W. B. Brudna bielizna. K. K. Korytarz. W. T. R. Spust do bielizny. S. Ch. Sala chorych. W. T. Umywalka. Ł. Łazienka. D. Dozorca. W. Ci. Waterklozet.

chcą zająć jeden oddzielny dla siebie pokój, czy też się mieszczą po 2-ch w jednym pokoju, czy wreszcie liczba ich w jednym pokoju na 3-ch do 4-ch jest ustalona. Dla każdej klasy istnieje inna płaca i odpowiedni do niej stół i usługa.

Pawilony dla pensjonarzy wybudowane są na wzór małego korytarzowego szpitala z możliwym dostępem światła i powietrza i mogą pomieścić po 20 i więcej chorych w każdym domu.

Pod całym pawilonem piwnice wysokie przeznaczone są na mieszkania dla służby i składy różnych sprzętów gospodarskich. Plan parteru podajemy na figurze VIII-ej.

Pierwsze piętro różni się od parteru tem, że zamiast mieszkania lekarza jest duży pokój dla 2-ch chorych i łazienka z drugiej strony korytarza, zamiast zaś sieni głównej urządzona jest duża bawialnia.

Tak na korytarzach, jak i w pokojach dla chorych są piece żelazne parowe, do których doprowadzone zewnętrzne powietrze po rozgrzaniu rozchodzi się po pokojach. Żaluzje szklane w górnych częściach okien i kanały wyciągowe w ścianach służą do przewietrzania; w tymże celu korytarz pierwszego piętra zaopatrzone jest w daszek klapowy.

Podłoga we wszystkich pokojach, w bawialni i na korytarzach jest drewniana. Schody dębowe spoczywają na sklepieniu murowanem. Rury i krany z wo-

dą gorącą i zimną, łazienki, umywalnie, spusty do bielizny brudnej i zakażone tak są urządzone, jak w pawilonie wzorowym.

Do wspólnego użytku wszystkich pawilonów służy pawilon operacyjny i dom kąpielowy.

Pawilon operacyjny wybudowany jest według planów sporządzonych z udziałem d-ra SCHEDE, chirurga zakładów. Jest to budynek piętrowy, w całości swojej na piwnicach stojący, w bliskości głównego wjazdu i pawilonów oddziału chirurgicznego.

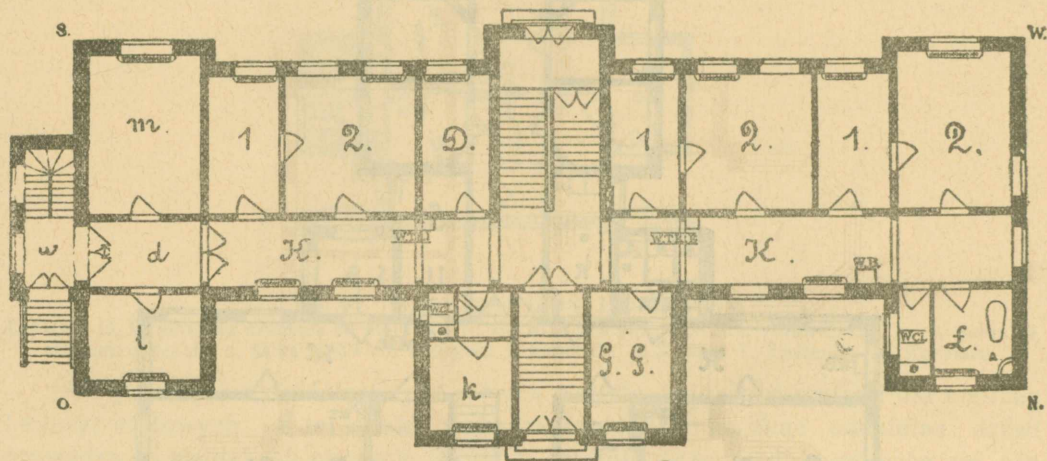


Fig. VIII. PAWILON DLA PENSYONARZY (kobiety).

W. Wejście do lekarza. m. d. l. Mieszkanie lekarza. K. K. Korytarz. 1. Pokój dla jednego chorego. 2. Pokój dla dwóch chorych. W. T. R. I. Bielizna dla osób mieszkających się na dole. W. T. R. E. Bielizna dla 1-go piętra. W. Cl. Waterklozet. D. Dozorczyni. k. Kuchenka. G. G. Główna dozorczyń. Ł. Łazienka. A. Zlew.

Od jednego końca budowli aż do drugiego jej końca ciągnie się na parterze długi i szeroki korytarz zakończony drzwiami wchodowymi. (Patrz fig. IX). Z lewej strony korytarza znajdują się dwie obszerne sale operacyjne, przegrodzone pokojem dla instrumentów. W jednej z nich odbywają się operacje na mężczyznach, w drugiej na kobietach. Ta ostatnia łączy się z widną pracownią dla badań mikroskopowych. Z prawej strony korytarza mieści się sala operacyjna wyłącznie dla laparatomii przeznaczona, z poprzedzającym ją pokojem, gdzie ma miejsce chloroformowanie chorych.

Każda z tych sal operacyjnych zaopatrzona jest w pięcioboczny występ od góry i boków oszklony. Ściany i sufit wyłożone są glazurowanymi kafłami mętlachowskimi; posadzka z marmuru terrazzo z 6-ma otworami odpływowymi dla ściekającej wody jest ogrzewana. Ściany występów oszklonych są od dołu aż do parapetów oknowych wyłożone rurami parowymi płaszczem żelaznym przykrytymi. Urządzenia te pozwalają podnieść ciepłość sali do $+ 30^{\circ} \text{C}^{\circ}$ nawet podczas mrozów do $20^{\circ} \text{C}^{\circ}$ dochodzących. Dla przewietrzania otwierają się górne szyby występów szklanych. W sali operacyjnej żeńskiej są dwa stoły operacyjne zwyczajne i dwa ginekologiczne. W sali męskiej są dwa stoły przenośne i jeden stały ogrzewany. Ten ostatni składa się ze skrzyni opartej na czterech nogach, wewnątrz której przebiega zagięta w pętlę rura parowa; przyływ pary reguluje się śrubą. Gruba kołdra filcowa chroni chorego od oparzeń.

Do przemywania ran służy woda wyjałowiona z aparatu wystawionego na wyższym piętrze. W przyrządzie tym woda wodociągowa przechodzi uprzednio przez cztery filtry piaskowe, a następnie wlewa się do dwóch kotłów miedzianych 75 litrowych, o ścianach podwójnych, w których przez półgodziny poddaje się ciepło-

cie $+120^{\circ}\text{C}$, poczem ochładza się do 50°C przez wpuszczenie między ściany kotłów zimnej wody zamiast pary i tak ostudzona spływa rurami do każdego stołu operacyjnego.

Pokój poprzedzający salę do laparotomii i pokój dla narzędzi mają ściany także wyłożone kaflami metlachowskimi. Liczne umywalnie żelazne z blatami ze szkła mlecznego zaprowadzone są we wszystkich salach i opatrzone kranami z wodą ciepłą i zimną.

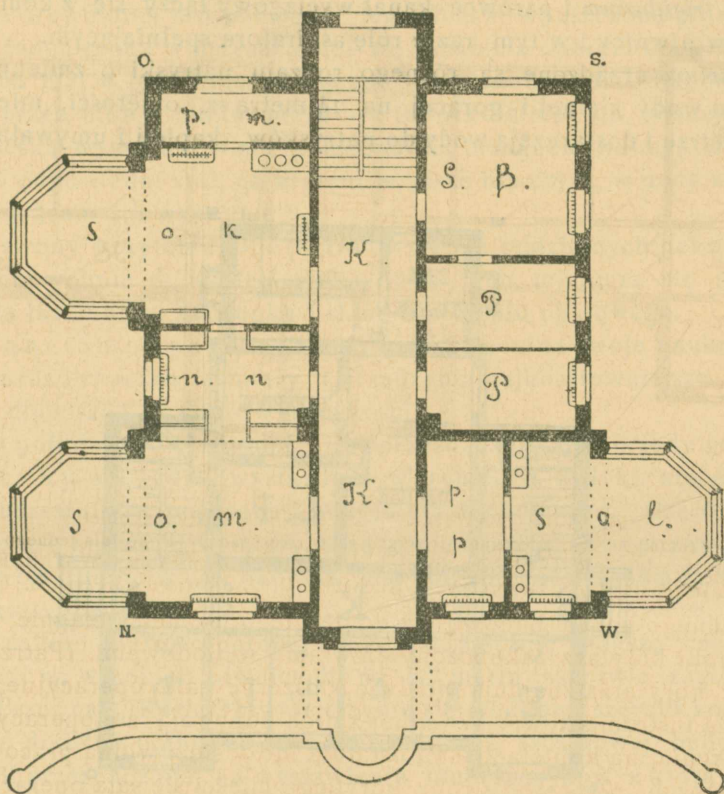


Fig. IX-ta. SALE OPERACYJNE.

p. m. Pracownia mikroskopowa. K. Korytarz. S. B. Skład bandażu. S. o. k. Sala operacyjna kobiet. n. n. Narzędzia. P. Poczekalnia. p. p. Przedpokój. S. o. m. Sala operacyjna mężczyzn. S. o. l. Sala do laparotomii.

Podłoga na całym parterze jest z marmuru terrazzo.

W piwnicach oprócz kotła i składu węgla są mieszkania dla służby, łazienka dla lekarza przed operacją, pokój dla przygotowania bandażu gipsowych, różnego kształtu poduszek dla opatrunku chorych i t. p.

Pierwsze piętro obejmuje pomieszczenia fabryki opatrunków zaopatrzonej w dwa dezynfektory parowe, suszarnię i w przyrząd do przygotowywania bandażu. Tu także mieści się skład materiałów opatrunkowych, ciemna izba fotograficzna, gabinet głównego chirurga i archiwum prac chirurgicznych

Dom kąpielowy. Tu urządzone są kąpiele rzymskie i parowe, kąpiele elektryczne, lekarskie i stałe. Dla kąpeli zwyczajnych istnieją wanny w każdym pawilonie.

Budynek piętrowy stoi częściowo na piwnicach. Korytarz poprzeczny łączy ze sobą dwa przeciwległe wejścia. Z północno-zachodniej strony korytarza mieści

się kąpiel rzymska i parowa (fig. X), do których wchodzi się przez *frigidarium*, skąd przez *lavarium* z jednej strony do *tepidarium* i *sudatorium*, z drugiej — do parówki. Ściany w parówce i w *lavarium* wyłożone są całe metlachowskimi kaflami, w innych pomieszczeniach kąpeli rzymskich tylko na 2 metry wysoko, powyżej zaś są pomalowane olejno.

Ciepłota w *tepidarium* i *sudatorium* może być podniesiona do $+45^{\circ}\text{C}$, a nawet do $+60^{\circ}\text{C}$ za pomocą rur parowych przebiegających na ścianach i ogrzanej podłogi. Powietrze zepsute wyprowadza się przez proste kanały w ścianach, zaś w *lavarium*, *frigidarium* i parówce kanał wyciągowy łączy się z kominem idącym od ogniska w piwnicy i w tym razie rolę aspiratora spełniającym.

W *lavarium* urządzone są różnego rodzaju natryski o zmiennej ciepłocie. Zbiorniki do wody zimnej i gorącej na $1\frac{1}{2}$ metrasz. objętości, mieszczą się na wyższym piętrze i dostarczają wody do natrysków, kąpeli i umywalni.

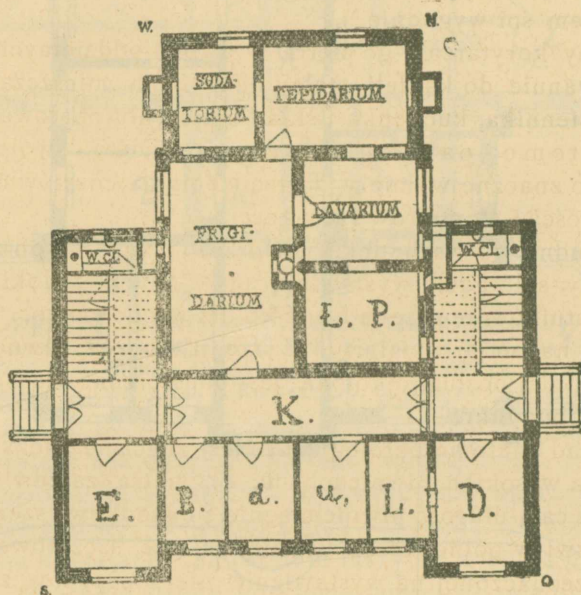


Fig. X. ŁAZIENKI.

E. P. Łaźnia parowa, K. Korytarz. W. Cl. Waterklozet. L. D. Lekarz dozorujący. E. Kąpiele elektryczne. B. Skład bielizny. d. Dozorca. u. Łazienka dla urzędników.

Para dla parówki wytwarza się w naczyniu miedzianem 20-litrowej objętości, pod którym układ rur parowych wodę w parę zamienia. Naczynie to umieszczone jest w niszy zamykanej od strony izby na drzwiczki żelazne z pozostawieniem od góry i od dołu szpar szerokich, przez które para zmieszana z zewnętrznym ogrzaniem powietrzem do izby przechodzi.

Po drugiej stronie korytarza, oddzielne pomieszczenia przeznaczone są na kąpiel elektryczną, skład bielizny, kąpiel zwyczajną dla urzędników zakładu, mieszkanie łaźniennika i pokój dozoruującego lekarza.

Pierwsze piętro jest podzielone na dwa oddziały: męzki i żeński, ze sobą żadnej styczności nie mające, przez wystawienie w korytarzu muru poprzecznego. Oddzielne schody prowadzą do jednej i drugiej połowy. Tu od strony północno-zachodniej urządzone są kąpiele ciągłe, trwające nieraz dla jednej osoby po kilka tygodni. Do tego służą ogromne kaflowe wanny, 3 dla mężczyzn i 3 dla kobiet, pojemności 900 litrów, w których woda danej ciepłoty jest bieżąca, gdyż w ciągu

jednej godziny 150 litrów jednym otworem napływa i w takiejże objętości drugim otworem odpływa. Woda ta pochodzi z wysoko położonego zbiornika zasilanego gorącą wodą z kotła w piwnicy umieszczonego, a który to kocioł jest w stanie w ciągu godziny zagrzzać 1600 litrów wody od $+5^{\circ}\text{C}$ do $+35^{\circ}\text{C}$. Woda gorąca ze zbiornika przed dostaniem się do wanny miesza się z wodą zimną dla ochłodzenia do żądanej ciepłoty kąpeli.

Należało wymyślić oparcie dla chorego, któreby umożliwiło długotrwałe pozostawanie w kąpeli, rodzaj łóżka wodnego. Płótno żaglowe luźno naciągnięte na ramie drewnianej jest podstawą tego łóżka; wpuszczona do wody ukośnie rama jest zaopatrzona w przesuwające się dowolnie oparcia dla głowy i stóp i chory leży na niej w położeniu siedzącym lub półsiedzącym. Zapomocą linki przechodzącej przez blok u sufitu może być to łóżko mniej lub więcej do wody spuszczone, a deska wypoliturowana położona na brzegach wanny, stanowi dla chorego bardzo odpowiedni stół, na którym je, pisze lub czyta, w nocy zaś w położeniu na półsiedzącym śpi wygodnie ⁵⁾.

Z drugiej strony korytarza 1-go piętra w dwóch oddzielnych pokojach umieszczono po jednej wannie dla kąpeli stałej; obok nich mieszczą się pokoje dla łaźnienniczki, dla łaźniennika, kuchenka i skład materiału opałowego.

Zakład anatomo - patologiczny ze względu na swoje naukowe zadania otrzymał bardzo znaczne wymiary i urządzenia najkosztowniejsze. Ma przeszło 58 metrów długości i 17 metrów szerokości.

Część jego południowo-wschodnia jest przeznaczona na obrzędy pogrzebowe i składa się z kaplicy, sali, gdzie wystawiają w trumnach zwłoki nieboszczyków, poczekalni dla uczestników pogrzebu i pokoju dla duchownego. Część ta nie ma piwnic i starano się nadać jej wymiary, urządzenia i pozór zewnętrzny odpowiadające powadze ostatniej posługi; okolona jest podwórzem własnym bez łączności z podwórzem reszty budynku.

Właściwy zakład anatomo-patologiczny jest znacznie większą częścią całego budynku i stoi na wysokich piwnicach, na 0,8 metra zaledwie zagłębiających się w ziemię. Przez całą długość piwnic ciągnie się środkowy szeroki korytarz, poczynający się od drzwi w północno-zachodniej ścianie szczytowej budynku i dochodzący do sali przeznaczonej na wystawienie nieboszczyków, z którą łączy się drzwiami na klucz stale zamkniętymi. Z lewej strony korytarza położone są: właściwa trupiarnia, skład trumien, skład węgla i pomieszczenia zwierząt dla doświadczeń. Z prawej strony umieszczona jest ubieralnia trupów i trzy sionki z oddzielnymi wejściami bocznymi od podwórza, przegradzające mieszkania nadzorcy, posługaczy i palacza.

Na parterze, nad trupiarnią i ubieralnią, mieści się sala sekcyjna 9,5 metrów szeroka, 16 metrów długa, 5 metrów wysoka i połączona windą z trupiarnią. 8 wysokich okien i cała ściana na 8 metrów szeroka oszklona światło dzienne przepuszcza i jasno oświetla salę. Posadzka z marmuru terrazzo ma odpływ do kanału. 9 stołów sekcyjnych na żelaznych podporach, z grubymi dębowymi blatami, zaopatrzone są w węże wodne i rury odpływowe do kanału. Dla przewietrzania urządzone są obszerne kanały wyciągowe w ścianach, daszek klapowy nad całą salą i żaluzje szklane w oknach. Liczne umywalnie z wodą ciepłą i zimną stoją dla użytku pracujących. Sala sekcyjna ta ma jedyne drzwi do korytarza środko-

⁵⁾ Nie mogę pominąć milczeniem, że w pomieszczeniach samych wanien i na przyległym korytarzu powietrze wonią swoją przypominało, w małym wprowadzie stopniu, woń właściwą menażeryom, co się tłumaczy tem, że chorzy często odchody swoje do wanny oddają.

wego oświetlonego oszkloną ścianą właściwego daszku klapowego. Z podwórza dochodzi się do korytarza tego przez dwie sionki po schodach drewnianych. Po jednej jego stronie mieszczą się: gabinet prosektora, pracownia chemiczna, bakteriologiczna i fizyczna, po drugiej stronie: pracownia do poszukiwań drobnowidzowych dla starszych lekarzy i obok dwa razy większa pracownia dla asystentów, mieszcząca szafy zbioru patologicznego.

Wszystkie pomieszczenia zakładu anatomo - patologicznego są ogrzewane zwyczajnymi piecami kaflowymi.

(D. n.).

KORESPONDENCYA „MEDYCYNY“.

Paryż, w grudniu r. z.

O LECZENIU POSOCZNICY POŁOGOWEJ ZAPOMOCĄ SUROWICY PRZECIWPACIORKOWCOWEJ.

(Dokończenie.—Zob. N. 6).

Z klinicystów paryskich, których o zdanie zapytywałem, prof. BUDIN, dyrektor kliniki „Maternité“, również d-r BOUILLY (l'hôpital COCHIN) stanowczo odmawiają surowicy jakiegokolwiek bądź działania. Prof. POZZI (l'hôpital BROCA) miał w praktyce swojej przypadek posocznicy po usunięciu macicy przez pochwę; po zastosowaniu surowicy chora wyzdrowiała; w innych przypadkach działania widocznego nie zauważył.

W klinice prof. PINARD'a stosowano surowicę przez cały rok bieżący. Sprawą tą zajmuje się szef kliniki d-r BOUFFE de St. BLAISE, który zachęcał mnie do stosowania zastrzykiwań w przypadkach ciężkich, jakkolwiek utrzymuje, że dotychczas nic kategorycznego o skuteczności surowicy powiedzieć nie może; co zaś do ubocznych, jakoby złych skutków, jakie inni przypisują działaniu surowicy, stanowczo im zaprzecza. CUFFER, LEVESTRE oraz prof. DIEULAFOY są z działania surowicy zadowoleni.

Osobiście widziałem za mało przypadków, w których stosowano surowicę, abym mógł swoje zdanie wyrazić. Pierwszy ze spostrzeganych przeze mnie zakończył się pomyślnie; hodowla wykazała istnienie paciorkowca obok gronkowca we krwi i odchodach macicznych. Zastrzykiwania zaczęto piątego dnia choroby, a zastrzyknięto wogóle 60,0 surowicy w ciągu dwóch tygodni. Z objawów klinicznych podczas pierwszego zastrzyknięcia zanotowałem: tętno 130, miękie, przepuszczające, ciepłota 38,8°, brzuch silnie wzdęty, oczy zapadłe, zabarwienie skóry na twarzy oraz białek ocznych żółtawe; zupełne zatrzymanie stolca oraz gazów od chwili porodu (poród prawidłowy, ręczne odklejenie łożyska). 5-go dnia zastrzyknięto 20,0, 6-go 10,0, 8-go 15,0, 10-go 5,0. Od tej chwili chora przestała zupełnie gorączkować; stan jej ogólny był zupełnie prawidłowy. 15-go dnia choroby po małym dreszczu, jaki chora uczuła, zastrzyknięto jeszcze 10,0. W dalszym ciągu powrót do zdrowia zakłócony nie został i 20-go dnia chora zaczęła się podnosić.

W drugim przypadku (*septicaemia post abortum artificialem*) zastrzyknięto surowicę na trzy godziny przed śmiercią, prawie w agonii chorej; wyniku nie zauważyłem żadnego.

Trzeciego przypadku nie spostrzegałem do końca, gdyż zmuszony byłem wyjechać; chora jednakże (*septicaemia post abortum artificialem*) znacznie się poprawiła po dwukrotnym zastrzyknięciu surowicy w ilościach 20,0 i 10,0 ctm. sz.

Co się tyczy przygotowywania surowicy, to trzeba zwrócić uwagę na szczególne następujące.

Od chwili ostatniego zaszczepienia hodowli paciorkowca koniom, służącym do wyrobu surowicy, do chwili, kiedy surowica może być zdadną do użycia, winno upłynąć conajmniej cztery tygodnie. W pierwszych dwóch tygodniach tego okresu surowica działa wprost trująco (stąd przypisywano szkodliwe działanie surowicy MARMORKA), w trzecim wywołuje ropnie niezmiernie bolesne, w czwartym—powoduje jeszcze nieznaczny odczyn miejscowy, polegający na dotkliwym bólu, zaczerwienieniu i t. p.; dopiero surowica zebrana po czterech tygodniach nie wywołuje żadnego działania ubocznego.

Ważną również jest rzeczą, aby zwierzęta, służące do wyrobu surowicy, należycie były dobrane oraz przygotowane.

Co się tyczy wyboru zwierzęcia, to nadmienić należy, że zwierzęta drobne, jakoto: króliki, myszy, świnki morskie, i t. d., nie mogą być użyte do wyrobu dla tej przyczyny, że zbyt prędko giną po zaszczepieniu hodowli paciorkowca. Owce są jeszcze za słabe; wprawdzie nie giną tak szybko, jednak nadzwyczaj chudną i słabną. Najbardziej odpowiadają wymaganiom tym konie.

Szczepimy zwierzętom albo hodowle wyjałowione, albo żywe. Hodowli wyjałowionych używają ROGER, BEHRING, LINGELSHEIM, MIRONOFF i inni. Wyjaławiają oni hodowle przy pomocy chloroformu, tymolu, lub ogrzewania do 120°.

MARMOREK utrzymuje, że siła uodporniająca surowicy zwierząt, którym szczepiono hodowle wyjałowione, jest dla celów praktycznych, w przypadku paciorkowca, za małą. W praktyce bowiem zdarzają się zwykle przypadki posocznicy, w których działają bakterie obdarzone nadzwyczaj wielką jadowitością. Wiadomo zaś, że uodpornić dany ustrój chory możemy tylko względem bakterii tej samej siły, jaką posiadały bakterie użyte do wytworzenia surowicy leczniczej. Chcąc zatem przygotować surowicę leczniczą siły należytej, winniśmy używać nie zwykłych hodowli laboratoryjnych, gdyż te są za słabe, a tembardziej nie hodowli wyjaławianych, lecz przeciwnie, t. zw. hodowli o jadowitości i złośliwości wzmocnionej, czyli obdarzonych wielokroć silniejszą siłą toksyczną. Takie hodowle wzmocnione przygotować można podług MARMORKA jedynie tylko na bulionie z płynem puchliny brzusznej (*ascite-bouillon*), lub na bulionie z dodatkiem surowicy osłej.

Nawet, jeżeli zamiast surowicy osła użyjemy surowicy konia, już jadowitość hodowli znacznie się obniża. Z otrzymanych tą drogą hodowli 0,001 ctm. sz. zabija królika w ciągu kilku minut; taka próba ilościowa jest niejako miarą siły hodowli.

Otóż, otrzymawszy takie hodowle, przystępuje MARMOREK do uodporniania konia; pierwszy raz zaszczepia koniowi średniej wagi 0,5 ctm. sz., poczem odczyn zazwyczaj bywa nieznaczny, jakkolwiek gorączka dosięga 39°. Po ustąpieniu gorączki zaszczepia już 1,0 ctm. sz. i t. d., dochodząc w ciągu sześciu miesięcy do dwóch litrów na dawkę; tak wielkie ilości szczepi się w kilku miejscach, aby nie wywołać zbyt silnych objawów miejscowych.

Kuc (poney), z którego w instytucie PASTEUR'a otrzymano najlepszą surowicę, dostał 600 ctm. sz. w ciągu kilku miesięcy (ze względu na małą wagę kuca 240 kilogramów, użyto stosunkowo mniejszej ilości toksyny); ilość ta wystarczyła zupełnie do uodpornienia konia.

MARMOREK stanowczo utrzymuje, że chcąc otrzymać surowicę należytej siły, trzeba zwierzę uodparniać co najmniej 12 miesięcy; surowica zebrana wcześniej nie może dobrze działać; stąd ujemne działanie surowic, wytwarzanych w niektórych pracowniach bakteriologicznych. Według MARMOREKA taką jedynie surowicę uważać można za dostatecznie silną, której 3—5 ctm. sz. wystarcza, by u królika po zastrzyknięciu 1 ctm. sz. hodowli wzmocnionej nie wywołać żadnego odczynu.

Obecnie pracuje M. nad otrzymaniem surowicy, któraby działać mogła w dwóch kierunkach: przeciw paciorkowcom i przeciw gronkowcom, lub paciorkowcom i błonicy, i t. p. W tym celu uodparnia on zwierzęta, szczepiąc im jednocześnie różne gatunki bakterii.

Czy i jak szybko otrzyma on odpowiednie wyniki, przyszłość okaże.

Na zasadzie powyżej przytoczonego należy wyprowadzić wniosek, że surowica przeciwpaciorkowcowa leczy niektóre postacie posocznicy i z tego też względu w przypadkach ciężkich stosować ją bezwarunkowo należy.

D-r Stefan Gaszyński, ordynator kliniki położniczej.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= FEDOR SCHMEY, otrzymawszy zadawalniające wyniki ze stosowania balsamu peruwiańskiego w przypadkach gruźlicy u dorosłych, zaleca gorąco wypróbowanie tego środka u dzieci. Dawka dla dzieci od 1—10 lat: tyle gramów balsamu, ile dziecko ma lat. Przepisuje go się w sposób następujący: Rp. *Balsami peruviani* 5,0, *ol. jecoris aselli* 10,0, *gummi arabici* 5,0, *fiat cum aq. destillatae q. s. emul-sio* 80,0, *syr. cort. aur.* 20,0. MDS. Co 2 godziny łyżeczkę od kawy po jedzeniu (np. po mleku, po jajku i t. p.). Dla dzieci poniżej roku lepiej przepisać balsam w postaci kropel: Rp. *Balsami peruviani, spir. vini aa* 5,0. MDS. 4 razy dziennie po 1—10 kropel stosownie do wieku, również po jedzeniu. Kropel daje się na wodzie lub na mleku. Autor jest przekonany, że stosowanie balsamu w przypadkach gruźlicy u dzieci da o wiele lepsze wyniki, aniżeli u dorosłych. (Centr. f. Kinderh. Nr. 3. 1896 r.).

M. K.

= NIEDEN stosował dwukrotnie surowicę rakową EMMERICH-SCHOLL'a przy nienadających się do operacji złośliwych nowotworach i otrzymał wrażenie, jakoby surowica sprzyjała rozrostowi nowotworów. Jeden przypadek dotyczył mięsaka oczodołu (*melanosarcoma*), wypełniającego tenże całkowicie. Po czterech zastrzyknięciach surowicy po 0,2 nowotwór zaczął szybciej rosnąć, tak, iż po dwóch tygodniach chorego

wypisano ze znacznym pogorszeniem. W drugim przypadku glejaka siatkówki nowotwór wypełniał również oczodół; w przeciągu czterech tygodni N. zastrzyknął surowicę 14 razy z równie złym wynikiem, gdyż nowotwór rozrósł się i zaczął ulegać rozpadowi. (Deut. med. Woch. Nr. 36. 96).

= ZARUBIN opisuje ciekawy przypadek *hypertrichosis universalis acquisitae*. Chora, w wieku lat 38, wyszła zamaż przed 15 laty, po roku urodziła na czasie, po dwóch urodziła przedwcześnie. Po sześciotygodniowej chorobie zjawilo się znaczne uwłosienie piersi, a wkrótce całego ciała; po trzech miesiącach wyrosła broda i wasy, głowa zaś zaczęłałysiec. Rodzice chorej, bracia i siostry są zdrowi. Badanie przedmiotowe stwierdza znaczny rozwój włosów, szczególnie na twarzy, brak włosów na głowie; włosów pod pachą, oraz na narządach płciowych nie przybyło. Głos męski, również i wygląd; sutki dobrze rozwinięte; znaczny przerost lechtaczki. Miesiączki od 11-tu lat niema. Autor przyczynę upatruje we wpływach psychicznych, wobec zupełnego braku dziedziczności. (Medicina. Nr. 18—22. 96).

= TONARELLI przeprowadził doświadczenia nad królikami w celu rozstrzygnięcia pytania, czy paciorkowiec może powodować nieżytki szkieletu. Wynik dał odpowiedź twierdzącą: po wprowadzeniu królikowi *per os*

lub *per rectum* czystych hodowli paciorkowca występowały objawy nieżyty. T. przytacza wiele przypadków spostrzeganych u ludzi (de CÉZENVILLE, TAVEL), gdzie choroba przebiegała klinicznie jako gorączka tyfusowa, wywołana zaś była przez paciorkowca. (Riforma med. Nr. 97—98. 96.).

— JAYS zaleca błękit metylenowy w przewlekłych nieżytach pęcherza. Środek ten wydalaný z moczem działa jednocześnie znieczulająco i przeciwnie, a tem samem odpowiada dwóm najgłówniejszym celom leczenia nieżytów pęcherza. Zażywany jest w pigułkach podług przepisu następującego: *metylenblau* 0,08, *talci pulver* 0,12, *lanolini q. s. ad pillulam unam*. DŚ. 2—4 pigulek dziennie. (Sem. méd. Nr. 61. 96.).

— REVERDIN stosował wielokrotnie siarczan sodu przeciw uporczywym krwotokom miąższowym z bardzo dobrym skutkiem, poszczególnie przypadki dotyczyły krwotoków urazowych, krwotoku po wyłuszczeniu nowotworu z tkanki podskórnej (wszelkie środki w przeciągu 6-ciu tygodni nie pomagały), i t. d. Działanie tego środka, zalecanego przez KUSSMAUL'a i dość rozpowszechnionego w północnych Niemczech, polega na przyspieszeniu ścinania się krwi; działa on jednak w ten sposób jedynie wtedy, gdy jest podany *per os*. Dawka 0,1 co godzinę. (France méd. Nr. 44. 96.).

— FUNCK na podstawie olbrzymiego statystycznego materiału (14339 przypadków podanych przez czterdziestu sprawozdawców) w sprawie leczenia błonicy surowicą, dochodzi do następujących wniosków: 1) surowica jest bezwarunkowo nieszkodliwa; 2) leczenie surowicą zmniejsza w znacznym stopniu śmiertelność wskutek błonicy; 3) zmniejsza się częstość powikłań ze strony serca, nerek i nerwów; 4) leczenie surowicą zapobiega szerzeniu się sprawy chorobowej, a tem samem i potrzebie uciekania się do tracheotomii. (Journ. méd. de Bruxelles Nr. 13. 96.).

— DIEBALLA przytacza przypadek wyleczenia chorej na złośliwą niedokrwistość zapomocą salolu. Chora używała przez pięć miesięcy chininę, żelazo, arszénik, wzięwania tlenu, lecz stan jej pomimo tego pogorszył się i wystąpiły napady bredzenia. Podejrzewając wówczas samozatrucie pochodzenia

jelitowego, autor zaczął stosować salol w dawce 1,0 pięć razy dziennie; już po tygodniu stan chorej o tyle się polepszył, że mogła wstać z łóżka, a po trzech miesiącach chora była zupełnie zdrowa, t. j. siły wróciły i wszelkie fizyczne objawy niedokrwistości znikły. Dodać należy, że dwukrotna przerwa w podawaniu salolu spowodowała pogorszenie. (Sem. méd. Nr. 50. 96.).

— HABEL zwraca uwagę, że wyprysk wargowy w przebiegu nagminnego zapalenia opon mózgowych nie powinien być powodem do wyłączenia gruźliczego pochodzenia choroby, jak to dotychczas mniemano. H. spostrzegł obecnie w klinice EICHHORST'a przypadek zapalenia opon, któremu towarzyszył *herpes labialis*, badanie pośmiertne zaś stwierdziło zapalenie opon gruźlicze oraz ognisko gruźlicze w płucach. Jest to pierwszy przypadek z 65-ciu, które spostrzegano w wymienionej klinice. (Dtsch. med. Woch. Nr. 43. 95.).

— GRAWITZ stosował w klinice GERHARDT'a eozot (*kreosot*, *valerianic.*) w gruźlicy. Chorzy otrzymywali początkowo 3 kapsułki à 0,2 dziennie, a później 6—9 przez dłuższy przeciąg czasu. Zaledwie u kilku z ogólnej liczby 35-ciu suchotników trzeba było przerwać kurację ze względu na zaburzenia żołądkowe, reszta zaś chorych znosiła preparat bardzo dobrze; żadnych ubocznych działań G. nie zauważył. Środek ten zatem pozbawiony smaku i zapachu w kapsułkach i dobrze przez chorych znoszony ma widoki powodzenia ze względu jeszcze na swą taniość. (Therap. Monatsh. Nr. 7. 96.).

— CALLANEO zwraca uwagę, że tussol prócz wszystkich własności antypiryny posiada jeszcze działanie nasenne i w tym celu może być stosowany u dzieci do lat ośmiu. Dawka wynosi 0,1—0,15 na rok życia, podawany bywa w wolzie przed pójściem spać. Nawet przy stosunkowo dużych dawkach autor żadnych przykrych ubocznych objawów nie spostrzegł. (Gaz. degli Ospedal. Nr. 44. 95.).

— BÖRGER na podstawie opisanych dotychczas 12-tu przypadków otrucia bromoformem podaje następujące typowe objawy tegoż. W kilka minut po zażyciu następuje nagła utrata świadomości, twarz blednie, wargi sinieją, źrenice zwężają się znacznie i nie oddzia-

ływają na światło, mięśnie stają się wiotkie, oprócz żwaczy (*masséter*) silnie zazwyczaj przykurczonych; ciepłota ciała obniża się, odruchy i czucie zniesione; tony serca słabe, nieprawidłowe, tętno ledwo wyczuwalne, oddech powierzch-

wny. Z jamy ustnej czuć zapach bromoformu; moczu daje odczyn na brom. Z 12-u przypadków w jednym tylko było zejście śmiertelne. (Münch. med. Woch. Nr. 20. 96).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Posiedzenie sekcji chemicznej przy Muzeum popierania przemysłu i handlu w dniu 6-ym b. m. było poświęcone ku uczczeniu zasług prof. Marcelego NENCKIEGO, a to z powodu przypadającego nazajutrz jubileuszu 25-letniej naukowej i profesorskiej działalności Szanownego Profesora. Na tym posiedzeniu prof. BOGUCKI w swym odczycie scharakteryzował należycie osobistość Jubilata oraz podniósł wielkie zasługi Jego dla nauki. Następnie kol. PRÓSZYŃSKI w swym przemówieniu objął dział prac bakteryologicznych Sz. profesora, a wreszcie p. TRZCIŃSKI, sekretarz sekcji, zajął się rozbiorem prac chemicznych Jubilata. Do licznych wyrazów uznania dla niespożytych zasług prof. NENCKIEGO i my

ze swej strony łączymy serdeczne życzenia, aby długie lata jeszcze mógł z równym pożytkiem pracować na niwie przez się obranej.

— Zmarli. W Warszawie d-r Aleksander ANTONIEWICZ w 69-ym roku życia; w Mińsku d-r NEYMAN; w Kownie dnia 16-go stycznia r. b. d-r Otton RZĘŚNICKI w 59-ym roku życia. Zmarły cieszył się wysokim uznaniem i sympatją wśród kolegów i publiczności dla swych zalet serca i umysłu. Testamentem zapisał podobno 1000 rs. na Kasę imienia MIANOWSKIEGO.

Komitet Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia J. MIANOWSKIEGO podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba NATANSONA przyznane zostaną w roku bieżącym dwie nagrody pieniężne. Jedna nagroda przeznaczona będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi), ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach 1893, 1894, 1895 i 1896; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych, historycznych lub tym podobnych. Zgodnie z ustawą Kasy pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet zarządzający Kasą własnem staraniem usiłuje zebrać dla poddania ocenie prace w wymienionym okresie, dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu (Bank Handlowy), lub na ręce jednego z członków Komitetu przed 1 kwietnia r. b.

Prezes Komitetu Prof. A. Okolski.

Członek Komitetu Sekretarz F. Kucharzewski.