

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO 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. (Dok.). — O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia, podał d-r med. H. Higier. (Ciąg dalszy) — **Streszczenia i wyciągi.** 20. a) Przyczynek do etiologii i rozpoznania zapalenia nakłinnego opon mózgo-rdzeniowych. b) Śmiertelne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych i ostra rzeżączka. 21. Rozpoznanie i leczenie nerwobólu twarzowego i migreny. 22. O powstawaniu żółtaczki przy zapaleniu płuc włóknikowem. 23. Znaczenie rozpoznawcze zawartości w moczu kwasu moczowego i zasad ksantynowych. 24. *Pellotinum*, jako środek nasenny. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 19 i 26 stycznia r. b. — **Odcinek.** Nowy szpital w Hamburgu (Eppendorf). Skreślił d-r med. J. Wszebor. (Dok.). — O ruchu chorych w szpitalu Zapaśowym za m. styczni r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli—Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-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 Obozna 5

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r R. Trzebiicki — Ein Beitrag zur Casuistik 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.

(Dok.—Zob. N. 7).

II. 2 torbiele skórzaste szyi.

Jakkolwiek na szyi cysty dermoidalne nie zdarzają się zbyt często, to przecież nie są one tam rzadkością. Sposób powstawania tych guzów na szyi starali się wytłomaczyć już ROSER i HEUSINGER, a później szczególnie VIRCHOW ¹⁾, SCHEDE ²⁾, SCHNITZLER ³⁾, HILDEBRAND ⁴⁾, KÖNIG ⁵⁾, ZAHN ⁶⁾, GUSSENBAUER ¹⁰⁾ i wielu innych.

¹⁾ Ueber Missbildungen am Ohr und im Bereiche des ersten Kiemensbogens, Virchow's Archiv. Band 20. Ein neuer Fall von Halskiemenfistel, Virchow's Archiv. Band 32. Ein tiefes auriculäres Dermoid am Halse, Virchow's Archiv. Band 35.

²⁾ Ueber die tiefen Atherome des Halses. Archiv f. klin. Chirurgie. B. 14.

³⁾ Beiträge zur Casuistik der branchiogenen Fisteln und Cysten. Wien. 1890.

⁴⁾ Ueber angeborene epitheliale Cysten und Fisteln des Halses. Archiv f. klin. Chirurgie. Band 49
I HOYER: Beitrag zur Lehre der angeborenen epithelialen Fisteln und Cysten des Halses, Göttingen. 1895.

⁵⁾ Ueber *Fistula colli congenita*. Archiv für klin. Chirurgie. T. 51.

⁶⁾ Ueber vier Fälle von Kiemengangsysten, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 22.

¹⁰⁾ Ein Beitrag zur Kenntniss der branchiogenen Geschwülste. Beiträge zur Chirurgie, Festschrift gewidmet Th. BILLROTH.

Niepospolitą jednak zasługę zdobyli sobie na tem polu dwaj badacze polscy, a mianowicie KOSTANECKI i MIELECKI ¹¹⁾, którzy na podstawie nader sumiennych badań, opartych na gruntownej znajomości embryologii, wprowadzili ład i porządek w istny chaos pojęć o powstawaniu tych tworów. Obecnie wiemy, że przeważająca liczba tych torbieli zawdzięcza swe powstanie pewnej nieprawidłowości przy zamknięciu się zatoki szyjowej i szpar skrzelowych—głównie drugiej. Pewna tylko część tych guzów zdawała się nie licować co do swego powstawania z opisanym, a mianowicie te cysty dermoidalne, albo, jak je niektórzy zwą, „głębokie kaszaki szyi“, których ściany okazywały utkanie limfoidalne, jak tego dowiódł LÜCKE ¹²⁾. LÜCKE uważał guz ten za kaszak, który rozwinął się w gruczole limfatycznym. Później opisano więcej podobnych przypadków—sposobu ich powstawania nie zdołano jednak dokładnie wyjaśnić. Wprawdzie SCHEDE chciał tłumaczyć przypadki te jako skórzaki powstałe ze szpar skrzelowych, których ściany wskutek spraw zapalnych doznały zmiany, ale nie potrafił się z tem twierdzeniem ostać. Najgruntowniej tą właśnie kwestyą zajął się bezwarunkowo GUSSENBAUER, który wynik swego badania podaje w następującem zdaniu: „Jeżeli zestawię wyniki mego badania, to muszę przyjść do przekonania, że torbiele te wysłane nabłonkiem rozwinęły się pośród tkanki adenoidalnej, a mianowicie zarówno wśród guziczków jak i gruczołów, i że rozwój tychże pochodzi wprost z tkanki adenoidalnej. Nie mogę tu wprawdzie rozstrzygnąć, czy ta tkanka adenoidalna należy do prawidłowych gruczołów stale usadowionych ponad żyłą szyjową wewnętrzną, czy też nie. Fakt jednak, że po wyłuszczeniu nowotworów nie spotyka się tam już więcej gruczołów limfatycznych, jak nie mniej i ta okoliczność, że znajdowano w ścianach tych torbieli całe gruczoły limfatyczne, zdawałby się za tem przemawiać“.

Nadmienić jeszcze wypada, że ZAHN wobec faktu, iż w jednym przypadku w ścianie przetoki szyjowej znaleziono tkankę gruczołową z licznymi guziczkami limfatycznymi (STILLING), uważa za rzecz udowodnioną, że i te cysty dermoidalne zawdzięczają swe powstanie szparom skrzelowym.

Przegląd ogłoszonych dotąd przypadków skórzaków szyi wykazuje, że większość ich zgodnie ze swem źródłem powstania usadawia się w przestrzeni pomiędzy kością gnykową, mostkiem i wewnętrznymi brzegami mięśnia mostko-obończyko-sutkowego. Podobny przypadek spostrzegałem w Krakowskiej klinice chirurgicznej w czasie, gdy pełnił obowiązki tymczasowego jej kierownika.

Wieśniak 35-letni nie zbyt inteligentny, zgłosił się do kliniki z powodu guza na szyi rosnącego zwolna od 20 lat. Guz ten, jakkolwiek wielki, dotąd nie sprawiał żadnych dolegliwości. Badanie chorego, zresztą całkiem zdrowego, wykazywało na szyi po stronie prawej w obrębie między brzegiem dolnej szczęki, stawem mostko-obończykowym, linią środkową szyi i mięśniem mostko-obończyko-sutkowym guz wielkości głowy dziecka, owalny, elastyczny, dość dobrze ruchomy. Oś podłużna równoległa przebiegowi tętnicy dogłowej wynosiła 20 ctm. Skóra na guzie prawidłowa. Mięsień mostko-obończyko-sutkowy silnie napięty pokrywał guz. Połączenia guza z jakimkolwiek narządem szyi nie można było wykazać.

¹¹⁾ Die angeborenen Kiemenfisteln des Menschen, Virchow's Archiv, Band 120 u. 121.

¹²⁾ Ueber Atheromeysten der Lymphdrüsen. Archiv f. klin. Chirurgie, Band 1.

Rozpoznanie chwiało się pomiędzy torbielą pochodzenia skrzelowego a tłuszczakiem, a to tem bardziej, że przekłucie próbne wykonane grubą igłą dało wynik ujemny ¹³⁾. Operację wykonano pod chloroformem, prowadząc cięcie skórne przez największą wypukłość guza podobnie jak do podwiązania tętnicy szyjowej wspólnej. Po odsunięciu wolnego brzegu mięśnia mostko-obończyko-sutkowego ku tyłowi odsłonięto ścianę torbieli, która z otaczającymi tkankami nader tylko słabo była pozrastana tak, że można ją było przeważnie na tępo odpreparować. Tylko u samej podstawy tam, gdzie guz przylegał do pochewki naczyniowej, był on tak silnie z pochewką w miejscu podziału tętnicy zrośnięty, że tylko zapomocą noża i nożyczek można go było oddzielić. Ranę zeszyto. Przebieg prawidłowy.

Badanie wyjętej torbieli okazało typową budowę skórzakową, jednakże bez gruczołów i włosków. Grubość ściany cysty wynosiła 2—3 mm., nawet miejscami 4 mm. W skrawku mikroskopowym uderzał tylko nader gruby pokład wielowarstwowego nabłonka brukowego. Gęsta treść cysty niczem się nie różniła od zwykłej zawartości tych guzów.

O wiele rzadziej znajdują się skórzaki na innych miejscach szyi, wyjąwszy te postacie, gdzie cysta dermoidalna występuje jako żabka (*ranula*). Do rzadkości należy przedewszystkiem usadowienie się tych guzów powyżej obojczyka na zewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obończyko-sutkowego, jak to np. miało miejsce w przypadkach NEUMANN'a, BAUMGARTEN'a i ZAHN'a. Przed niedawnym czasem również miałem sposobność oglądania podobnego przypadku w moim oddziale w szpitalu Braci Miłosierdzia.

J. K., 21-letni chłopak, zresztą całkiem zdrowy, podaje, że ponad prawym obojczykiem od 7 roku zauważył guz, który zwolna, ale stale powiększał się tak, że w końcu rozmiarami swymi zaczął mu dolegać. Badanie wykazuje w prawym dołku nadobończykowym, pomiędzy tylnym brzegiem mięśnia mostko-obończykowo-sutkowego a mięśniem kapturowym (*m. cucullaris*), guz chęlbocący, wielkości pomarańczy, o ścianach gładkich, skórze prawidłowej, we wszystkich kierunkach ruchomy. Ze względu na czas powstania guza i powolne jego wzrastanie, wybitne chęlbotanie i pomyślny stan ogólny chorego rozpoznano z największym prawdopodobieństwem torbiel skórzastą. W dniu 28 lipca 1896 po znieczuleniu miejscowem kokainą cięciem równoległym do obojczyka odsłonięto ścianę torbieli znajdującej się tuż pod skórą. Wyluszczenie torbieli udało się z powodu braku jakichkolwiek silniejszych zrostów nader łatwo na tępo. Szew. Rychłozrost.

Wyjęta torbiel była rzeczywiście skórzakiem z zawartością podobną, jak w kaszakach. Grubość ściany dochodziła miejscami do 3 mm., a na najcieńszem miejscu zaledwie do 1 mm. Badanie mikroskopowe ścian również w zupełności potwierdziło rozpoznanie makroskopowe.

Przypadek ten, jak już wspomniałem, zasługuje na wzmiankę tylko z powodu swego umiejscowienia nie zbyt zwyczajnego. W każdym razie jednak należy on prawdopodobnie ze względu na swe powstanie do tej samej grupy, co i inne skórzaki, rozwijające się pomiędzy wewnętrznymi brzegami mięśni mostko-obończyko-sutkowych i zawdzięcza, równie jak i tamte, swój początek

¹³⁾ Sposób badania podany przez HOCHENEGG'a, który mi później niejednokrotnie oddał znakomite usługi, podówczas nie był mi jeszcze znany. Sposób ten polega na tem, że się kładzie na okolicę guza worek z lodem. Jeżeli zawartość guza jest surowicza lub ropna, to wskutek działania worka konsystencya jego nie dozna zmiany, jeżeli zaś stanowi ją tłuszcz, to krzepnie on wskutek zimna.

jakiemuś zabląkanemu szczątkowi zatoki szyjowej, za czym też przemawia wielowarstwowy pokład nabłonka brukowego wyścielającego wnętrze ściany torbieli.

III. 2 przypadki torbieli skórzastych prącia

Rzeczą godną uwagi jest ta okoliczność, że cysty dermoidalne na prąciu tak nader rzadko się wydają, choć nie brak w życiu płodowym czynników uśposabiających i umożliwiających powstawanie tego rodzaju nowotworów na prąciu. LANNELONGUE i ACHARD w swej bogatej kazuistyce wspominają zaledwie o jednym przypadku cysty dermoidalnej ¹⁴⁾ na napletku u 4-miesięcznego dziecka, u którego guz wrodzony osiągał wielkości ziarnka ryżu. Budowa drobnowidzowa ścian guza licowała w zupełności ze znanym obrazem cyst dermoidalnych. Do tej samej kategorii prawdopodobnie należy też zaliczyć opisany przez KAUFMANN'a ¹⁵⁾ przypadek torbieli nabłonkowej na prąciu 19-letniego młodzieńca. W tym przypadku guz, w dzieciństwie mały, z biegiem czasu zwoła wzrastał. Wśród operacji nie zauważono żadnego połączenia lub zrostu ze skórą lub prąciem. KAUFMANN uważał przypadek ten za kaszak.

Również wspomina KAUFMANN o kilku innych przypadkach kaszaka na prąciu znanych z literatury, z których część niezawodnie należała do grupy kaszaków.

W ciągu 14-letniej mej praktyki chirurgicznej zdołałem zaledwie zebrać 2 przypadki skórzaków na prąciu. Obydwa pod względem swego umiejscowienia, nadzwyczajnej łatwości wyluszczenia i budowy drobnowidzowej, były całkiem do siebie podobne, a różnica polegała jedynie tylko na wielkości, gdyż w pierwszym przypadku guz był wielkości ziarnka soczewicy, w drugim zaś dochodził do rozmiarów jaja gołębiego. Wspomnieć tu jednak muszę, że obaj chorzy byli izraelitami, a torbiele były usadowione w resztkach napletka. Przez skórę pokrywającą guz przebiegała blizna po obrzezaniu. Mimowoli nasuwało się przypuszczenie, czy też torbiele te nie zawdzięczały przypadkiem swego powstania rytualnemu obrzezaniu, a względnie drobnym cząsteczkom skóry, lub przynajmniej naskórka, przeszczepionym do tkanki podskórnej, jak to drogą doświadczną na grzebieniach kogucich wykazał KAUFMANN ¹⁶⁾, a później SCHWENINGER ¹⁷⁾. Za tego rodzaju powstawaniem torbieli przemawiają przypadki spostrzegane przez ROTHMUND'a ¹⁸⁾, GARRÉ'go ¹⁹⁾, LE FORT'a ²⁰⁾, MARTIN'a ²¹⁾, REVERDIN'a ²²⁾ i innych ²³⁾.

W obydwu moich przypadkach dotyczących 8-o i 13-letniego chłopca ściany skórzaka były nader delikatne i cienkie i składały się z włóknistej, fa-

¹⁴⁾ *Traité des kystes congénitaux*. Paris. 1886.

¹⁵⁾ *Deutsche Chirurgie*. Lief. 50 a, str. 259.

¹⁶⁾ *Ueber Enkatarrhaphie von Epithel*. Virchow's Arch. Band 97. Ueber experimentelle Erzeugung von Atheromen. Virchow's Arch. Band. 107.

¹⁷⁾ *Beitrag zur experimentellen Erzeugung von Hautgeschwülsten durch subcutan verlagerte mit dem Mutterboden in Verbindung gelassene Hautstücke*. Charité Annalen XI.

¹⁸⁾ *Ueber Cysten der Regenbogenhaut*. Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde. Band X.

¹⁹⁾ *Ueber traumatische Epithelcysten der Finger*. Beiträge zur klin. Chirurgie. Band 11.

²⁰⁾ *Contribution à l'étude des kystes dermoïdes traumatiques*. Revue de chir. 1894. Nr. 12.

²¹⁾ *Beitrag zur Lehre von den traumatischen Epithelcysten*. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, B. 43

²²⁾ *Des kystes épidermiques des doigts*. Rev. med. de la Suisse Rom 1887.

²³⁾ Dokładne zestawienie literatury dotyczącej przypadków t. zw. urazowych torbieli nabłonkowych podaje praca BLUMBERGA: „Ueber sogenannte traumatische Epithelcysten“. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, T. 38, str. 613.

listej tkanki łącznej i z wielowarstwowego nabłonka brukowego. Powierzchnowe warstwy nabłonka były zrogowaciałe, gdy warstwy głębsze składały się z soczystych wielościennych komórek z wyraźnym jądrem. Budowy gruczołowej nigdzie nie można było dostrzedz; zawartość torbieli odpowiadała zarówno pod względem makroskopowym, jak i mikroskopowym, zwykłej zawartości kaszaków: cholestearyna i stłuszczone lub zrogowaciałe komórki nabłonkowe. W obu przypadkach guz znajdował się na lewym wolnym brzegu resztki napletka. Skóra wraz z blizną po obrzezaniu dawała się od guza wyraźnie oddzielić i po nad nią przesuwac. U ośmioletniego chłopca, u którego guz był wielkości soczewicy, zauważyli rodzice guz wielkości prosa już w pierwszym roku życia; wzrastał on jednak nader wolno i dziecku żadnych przykrości nie sprawiał. W drugim przypadku ani zbyt mało inteligentni rodzice, ani 13-letni chory nie umieli podać żadnych szczegółów co do czasu powstania torbieli. Załedwie tyle zdołałem się dowiedzieć, że chory w ostatnich miesiącach zaczął się uskarżać na bolesne uczucie napięcia w napletku, co spowodowało rodziców do obejrzenia miejsca bolesnego, przyczem po raz pierwszy zauważono guz wielkości jaja gołębiego. Wyluszczenie w obu przypadkach dało się wykonać bardzo łatwo i to prawie całkiem na tępo.

O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia.

Podał D-r med. **H. HIGIER.**

(Ciąg dalszy—Zob. N. 7).

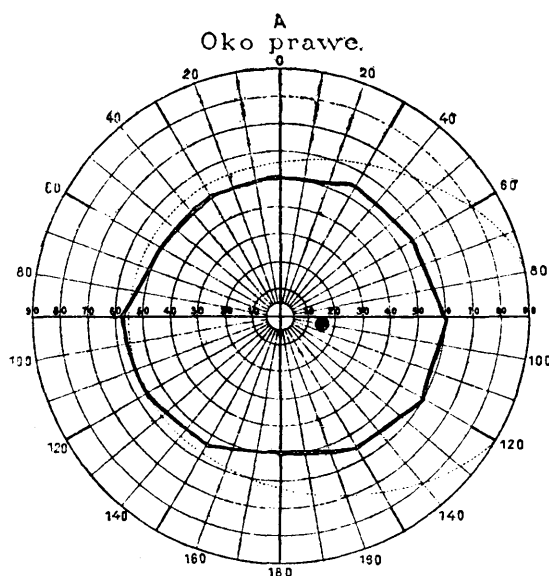
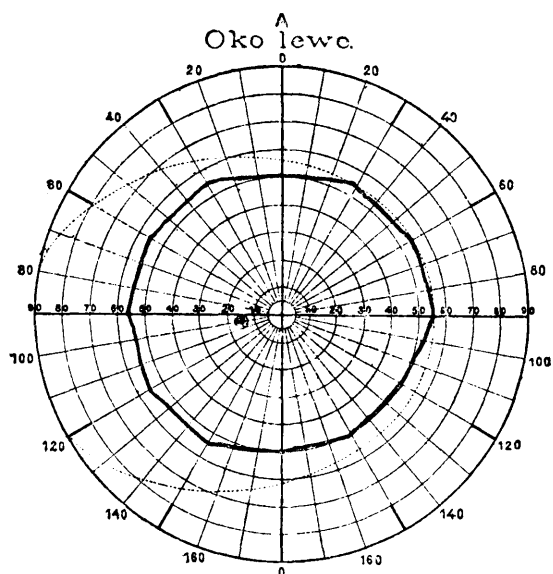
Helena A. (Fig. III, str. 175), lat 18, dosyć silnie zbudowana, o d z y w i a n i a miernego, o zdrowej barwie twarzy. Wyraz twarzy głupkowaty. Brak wszelkich oznak, któreby mogły wskazywać przebyty przymiot. W narządach wewnętrznych badanie żadnych zmian nie wykrywa. Typowych oznak zwyrodnienia nie spostrzega się.

Oczy przy badaniu zewnętrznem wydają się prawidłowe. Zamykanie powiek silne. Przy ustaleniu wzroku nie uderza żadna jego niepewność. Ruchy gałek ocznych do wewnątrz, zewnątrz, ku górze i ku dołowi swobodne, atoli związane z pewnem umiarkowanym drżeniem (*nystagmusartig*), zwłaszcza przy spoglądaniu do zewnątrz. Szerokość źrenic prawidłowa. Wrażliwość na światło i zbieżność normalne.

Siła wzroku w obydwóch oczach = $\frac{1}{7}$. Badanie zapomocą wziernika wykrywa zarówno w prawem jak i lewem oku odbarwienie brodawek w całej ich rozciągłości oraz ostre ich odgraniczenie. Naczynia siatkówki nie rozszerzone. Pole widzenia tylko u tej jednej z siostr daje się zbadać zapomocą perymetru. Jak to wykazuje załączony rysunek, pole widzenia w obydwóch oczach wyraźnie zwężone, szczególnie zaś po stronie skroniowej. W środku pola widzenia chora rozpoznaje barwy dobrze, na obwodzie zaś — mylnie. Inne narządy zmysłowe nietknięte.

Czynność mięśni języka, żwaczy i mimicznych prawidłowa. Przemijające nadwzięcie szczęki dolnej przy ziewaniu. Mimika mało ożywiona. Pokazywanie zębów i języka, gwizdanie, marszczenie czoła, zamykanie i otwieranie powiek, poruszanie skrzydłami nosa wykonywa chora bez nadmiernej pracy i współruchów.

Mowa posiada jakąś uderzająco monotonną cechę; oddzielne wyrazy, wogóle dobrze sylabizowane, wymawia chora bardzo powoli jednym tonem, bez wszelkiego akcentowania. Mowa rozwlekła, jakby skandowana, brzmi w wysokim stopniu nosowo, aczkolwiek języczek i podniebienie miękkie przy badaniu przedmiotowym, okazały się nietknięte. Zachłystanie zdarza się dosyć często. Spożyte płyny nosem nie powracają.



Chora stoi niepewnie. Chwianie i kołysanie tułowia przy każdym ruchu zarówno przy otwartych jak i zamkniętych oczach. Chora posuwa się naprzód, opierając się o ścianę, stół lub inny jakiś sprzęt i jest przytem jedyną z sióstr, która mimo silnego skurczu mięśni kończyn dolnych, poniekąd o własnych siłach przesuwają się z miejsca na miejsce. Chód spastyczno-paretyczny z wyraźnym odcieniem bezładu mózdkowo-tabetycznego. Siedzenie jest swobodniejsze, niż u innych sióstr, plecy jednak chętnie szukają oparcia. Jeżeli brak im go, w tej chwili występują zmiany w równowadze. Przy chodzeniu dotykają ziemi tylko przednie części podeszwy. Przy odwróceniu chora zaczyna się chwiać i niekiedy pada. Bezład przed rokiem był o wiele wyraźniejszy.

Odżywianie mięśni kończyn górnych niedostateczne. Gruba siła zmniejszona we wszystkich mięśniach. Drżenie zamiarowe (*Intensionszittern*) występuje bardzo wyraźnie przy niektórych czynnościach (zapinanie, picie z pełnej szklanki). Bezład przy ruchach ręką i palcami ledwie dostrzegalny i w każdym razie mniejszy, niż by to z góry przypuścić można. Koło chora opisuje palcami bardzo dobrze. Również dobrze przy zamkniętych oczach chwyta za własne części ciała odpowiednio do polecenia, unosi nieco chwiejnie ręce i trzyma je wysoko.

Charakter pisma jest o wiele gorszy, niż był przed laty. Wyraźnego zaniku mięśni lub skóry stwierdzić nie można.

Objętość prawego ramienia	(15 ctm. ponad łokciem)	. 21½ ctm.
" "	przedramienia (u góry)	 21½ "
" "	" (15 ctm. poniżej łokcia)	. . 21½ "
" "	" (pośrodku)	 18½ "
" "	" (u dołu)	 15 "
" "	prawej dłoni na wysokości kości śródrecznych II—V	17½ "

Istnieje stałe skrócenie ręki w stronę łokcia oraz lekkie zgięcie dłoni; palce przy rozszerzeniu układają się niezupełnie poziomo, członki paznogiowe są wygięte, również jak środkowe, z wyjątkiem 4 i 5-go palca. Wszelkie ruchy wykonywa chora słabo, ale szybko. Przy ruchach biernych nie napotyka się nigdzie znacznieszego napięcia mięśni. Odruchy mięśnia dwugłowego i trójgłowego są żywe. Opukiwanie brzuśca dużego palca lewego wywołuje przeciwstawienie (*oppositio*), opukiwanie lewego *hypotenaris* — ruch odsiebny (*abductio*). Chora twierdzi, iż prawa ręka jest słabsza od lewej; przy ściśnięciu ręką nie widać jednak tej różnicy; siłomierz wskazuje dla prawej ręki 15, dla lewej 11. Lewy palec duży udaje się z łatwością nadwichnić w stawie śródrecznocłonkowym (*a. metacarpophalangea*). Objaw ten miał podobno istnieć już w dzieciństwie, gdy chora zupełnie była zdrowa.

Pobudliwość na prądy elektryczne prawidłowa. Na prawym podejrzanym brzuścu można wywołać wyraźny i szybki ruch ksobny już przy 2½ MA, na *hypotenar* — ruch odsiebny przy 2 MA, na 2 i 3 mięśniach międzykostnych przy 1½ MA, przyczem wszędzie KSZ > AnSz.

Sfera czuciowa pod każdym względem prawidłowa. Brak wszelkich blizn; na rękach chora nigdy nie miała ani pęcherzy, ani zastrzałów.

W części grzbietowej kręgosłupa istnieje lekkie skrzywienie boczne (*scoliosis*) w stronę lewą, podczas gdy klatka piersiowa żadnych zboczeń nie przedstawia. Ruchy bierne w kończynach dolnych wykonywać się dają z pewnym oporem. Układ kończyn zupełnie ten sam, co u starszej nieco siostry, przykurczenia jednak i nieprawidłowości w stawach kolanowym, stopowym i palcowych są znacznie słabiej wyrażone. Łydki są, zdaje się, niedostatecznie rozwinięte, mięśnie zaś ich są raczej wiotkie, niż stężałe. Na udach nigdzie zani ków nie ma.

Objętość prawego uda (bezpośrednio ponad rzepką)	34 ctm.
" "	(15 ctm. ") 34½ "
" "	(20 " ") 35 "
" "	(25 " ") 39½ "
" łydki	 26½ "
" goleni (12 ctm. poniżej rzepki)	 25½ "

Odruchy rzepkowe bardzo wzmożone. Współruchów brak. Ze strony okostnej goleni i wewnętrznej powierzchni kolan drgań osiągnąć nie można. Pobudliwość na prądy elektryczne obniżona w słabym stopniu. Przy drażnieniu mięśni od strony nerwu strzałkowego występuje drganie włókienkowe i następce długotrwałe przykurczenie mięśni (*Zuckungs-Nachdauer*).

Czucie w kończynach dolnych badane bardzo szczegółowo okazuje się zupełnie prawidłowe. Stopa oraz dolna część goleni obrzmiała, sina i zimna. Zaburzeń ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy niema. Łaknienie i sen prawidłowe. Czynności wegetacyjne bez zmian. Miesiączki nie było jeszcze ani razu.

Zdolności umysłowe od początku choroby ucierpiały bardzo wiele. Chora rozwinięta jest psychicznie nie więcej, jak średnio rozwinięte 8-letnie dziecko; skłonna do głośnego, niczem nie dającego się powściągnąć wyrażania uczuć czułości, uciechy, niezadowolenia. Sposób myślenia dziecięcy.

Ekscentryczności w zachowaniu się i myśleniu niema. Czyta i pisze lepiej od sióstr starszych. Gra w niektóre mniej złożone gry karciane bez błędu; jest w stanie wypowiedzieć dosyć wierszy francuskich, nie wyszłych jeszcze z pamięci od czasów szkolnych. Pod względem psychicznym wygląda jednak na wiele tępszą, niż jest w rzeczywistości.

Z przebiegu choroby zasługuje na uwagę zachowanie się bezładu. Gdym chorą pierwszy raz widział, o bezładzie mowy nie było. Chód był kurczowo-niedowładny. Chora chodziła w sposób właściwy osobom o kończynach sztywnych. Stopniowo chód stawał się niepewny; chora szła z nogami rozstawionymi, zarzucając nimi. Niepewność ta więcej miała podobieństwa do braku współrzędności (*incoordinatio*) mózdkowej, niż do bezładu tabetycznego. W mięśniach kończyn górnych, tułowia, szyi i karku brak ten współrzędności nigdy nie osiągał wysokiego stopnia. Po upływie roku zaburzenia w równowadze zarówno w spokoju, jak i przy poruszaniu się z miejsca (*ataxia statica et locomotoria*), stopniowo zaczęły znikać, tak iż obecnie, ledwo ślady chodu bezładnego wykryć można. Znikło również zupełnie bardzo wyraźne drżenie zamiarowe rąk.

O poprawie w chodzeniu po dokonaniem przed 6-iu laty przecięciu ścięgna Achillesa wspomnieliśmy w wywiadach. Wzrok, według słów chorej, staje się coraz słabszy.

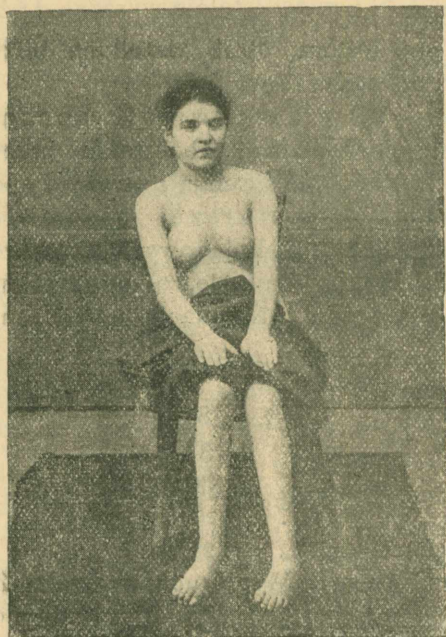


Fig. III



Fig. IV.

Regina A. (Patrz fig. IV), lat 17. Stan odżywiania nie pozostawia nic do życzenia; zarówno mięśnie, jak i tkanka tłuszczowa podskórna rozwinięte znakomicie. Wyraz twarzy głupkowaty i pusty staje się jeszcze głupszy, gdy chora się śmieje lub płacze. Na lekarza zawsze patrzy podejrzliwie i opiera się badaniu.

Na szyi na trzy palce szerokości poniżej prawej muszli usznej spotykamy dużą bliznę, pozostałą prawdopodobnie po zropiałym żółzowym gruczole chłonnym. Wymiary głowy nie wskazują żadnych godnych uwagi zboczeń; głowa jest dosyć symetryczna. Ruchy mięśni twarzy odbywają się bez nakładu siły i bez współruchów. Język pod względem objętości, wyglądu i ruchów prawidłowy; drżenia nie spostrzega się. Zaburzeń wżuciu i polykaniu niema. Mowa czysta. Opuszczania zgłosek (*Silbenstolpern*) nie bywa. Atoli wyrazy złożone bywają wymawiane wadliwie, po dziecięcemu. Języczek i podniebienie miękkie nie są, jak wykazuje badanie przedmiotowe, dotknięte niedowładem. Chora trzyma głowę normalnie. Przy ruchach biernych nie spotyka się tu żadnego znacznieszego oporu.

Krótkowzroczność w słabym stopniu. Samoistny zanik nerwów wzrokowych. Ani pola widzenia, ani wrażliwości na barwy nie udaje się zbadać u chorej. *Strabismus convergens*. Oczy otwiera chora szybko i z łatwością je zamyka. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, same gałki należycie wypukłone. Szerokość źrenic umiarkowana; źrenice równe i dobrze reagują na światło i zbieżność. Drżenia gałek niema nawet przy ustawieniu ich w kątach szpary ocznej. Również wywołać drżenia nie można sposobem MENDEL'a, polegającym na kilkakrotnym pośpiesznem obrocie tułowia na około osi podłużnej.

Zaniku mięśni na kończynach górnych nie wykryto. Gruba siła ruchowa w omawianych kończynach obniżona. Układ rąk oraz oddzielnych palców zupełnie ten sam, co u starszych sióstr. Bezładu w ruchach nie spostrzegano, natomiast istnieje wyraźne drżenie zamiarowe, swoiste dla *scélérose en plaques*. Odruchy ścięgniste mięśnia dwugłowego i trójgłowego ramienia nie wzmożone.

Co się tyczy siedzenia i chodzenia chorej, to możemy tu powtórzyć to, co było wypowiedziane przy opisie Ewy. Stopa kopyt o-szpotała i jednocześnie wyraźnie jakby wyżłobiona. Zginanie grzbietowe stopy oraz skręcenie na zewnątrz zupełnie niemożliwe. Zginanie nóg w stawach kolanowych udaje się łatwo, wyprostowywanie natomiast jest utrudnione. Kolana skręcone do wewnątrz stykają się wzajemnie. Nadzwyczaj silny skurcz mięśni kśobnych. Łydki wadliwie rozwinięte. Zresztą nigdzie ani zaników, ani też drgań włókienkowych niema. O pobudliwości na prądy elektryczne nic pewnego powiedzieć się nie da ze względu na przeszkody, jakie chora stawiała dokładnemu badaniu. Odruchy rzepkowe nadzwyczaj wzmożone. Sfera czuciowa prawidłowa. Obwodowe części kończyn dolnych są zimne, sine, obrzmiałe i pokryte owrzodzeniami. W narządach wewnętrznych zmian niema. Brak miesiączki.

Chora nie umie ani czytać, ani pisać, pomimo iż 3 lata z rzędu się uczyła. Czytania w żaden sposób nauczyć się nie mogła, była bowiem niepojętna, a to, czego się nauczyła, wkrótce zapominała. Najprostszych zadań liczebnych rozwiązać nie jest w stanie. Bawi się wciąż lalkami i przekłada towarzystwo najmniej inteligentnej siostry Zofii nad wszystkich. Przedmioty i osoby z otoczenia zna dobrze; wogóle jest drażliwa i bije lekarza, gdy ten jej wyrzuty jakie czyni. Sposób, w jaki chora zjada potrawy podczas obiadu, każe wnioskować o bardzo małym rozwoju umysłowym. Wśród sióstr jest chora rzeczywiście najmniej rozwinięta moralnie i umysłowo. Świadomości choroby, zdaje się, w należyтым stopniu nie posiada. W klinice, gdzie znajdowała się współ ze starszemi siostrami, opierała się zastrzykiwaniom podskórnym, pomimo iż miała przyrzeczone szybkie wyzdrowienie i była świadkiem, że druga siostra,

w ten sam sposób leczona, bynajmniej się na bóle nie uskarżała. Do elektryzacyi ledwie namówić się dała.

Co się tyczy przebiegu choroby, to zauważyć wypada, że chora, dotknięta w dzieciństwie krzywicą, zaczęła mówić i chodzić dopiero w 4-ym roku życia. W 7-ym roku wystąpiło cierpienie nerwowe wraz ze skrzywieniem nóg, przy czem wobec skrzyżowania kolan przez lata całe łatwiej i bezpieczniej było chorej biegać, niż chodzić. Stopniowo jednak bieganie zygzakowate ustępowało, a natomiast wzmagало się osłabienie kończyn dolnych. Postępu objawów chorobowych w ciągu ostatnich 3-ch lat nie zauważono, przeciwnie nawet znikł w zupełności jeden dosyć męczący objaw: drżenie zamiarowe.
(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

20. a) Prof. O. HEUBNER. **Przyczynek do etiologii i rozpoznania zapalenia nagminnego opon mózgo-rdzeniowych.** WEICHELBAUM w 1887 i JAEGER ze Stuttgartu w roku zeszłym odkryli, a ostatni dokładnie opisał drobnoustrój znaleziony w wysięku oponowym i cechujący się tem, iż jest podwójny lub poczwórny (*diplo* lub *tetracoccus*), członki jego są spłaszczone i ułożone obok siebie szerszemi stronami i najczęściej jest on zawarty wewnątrz ciałek ropnych.

W klinice autora w ubiegłym roku znaleziono wyżej opisany drobnoustrój w płynie wydobytym za życia w 6-iu przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, z których 3 zakończyły się śmiercią; rozpoznanie stwierdzone zostało przy badaniu pośmiertnem. Otrzymane przez autora preparaty z mętnego, prawie ropnego płynu oponowego (wydobytego przy przekłuciu lędźwiowem według QUINCKE'go), zawierały pasorzyty podobne do gonokoków i identyczne z pasorzytami JAEGER'a. Również czysta hodowla, silnie rozwijająca się po kilkakrotnem przeszczepieniu na agarze, żółtawo zabarwiona, z połyskiem laku, niczem się nie różniła od hodowli przesłanych autorowi przez JAEGER'a.

Sprawdziwszy w ten sposób odkrycie JAEGER'a, zajął się autor szczepieniem wyżej opisanych meningokoków zwierzętom, przez zastrzyknięcie czystych hodowli i wysięku z przekłucia QUINCKE'go. Szczepienia robiono, zastrzykując pewną ilość hodowli strzykawką PRAVATZ'a do worka opony twardej, wkłuwając igłę między dwa wyrostki ościste dolnych kręgów lędźwiowych. Za dowód, że igła została należyście wkłuta, służył wyciek jasnego płynu. Doświadczenia zrobione na królikach i świnkach morskich dały wyniki ujemne. Wówczas, idąc za radą profesora weterynaryi FROEHNER'a, użył autor do doświadczeń zwierząt, które samodzielnie zapadają na zapalenie opon mózgo - rdzeniowych — mianowicie kóz. Wynik otrzymano bardzo pomyślny. Zwierzęta te uległy śmiertelnemu zakażeniu i na sekcji znaleziono ostre zapalenie opon wzdłuż całego rdzenia i ostre wodogłowie, w płynie którego stwierdzono obecność ciałek ropnych zawierających tetrakoki.

Tak więc nie ulega już żadnej wątpliwości, iż znaleziony przez JAEGER'a *meningococcus* jest zarazkiem swoistym dla nagminnego zapalenia opon mózgo - rdzeniowych. W końcu zaznacza H., iż króliki, które dobrze znosiły zastrzykiwania hodowli meningokoka, padały wkrótce po zastrzyknięciu pneumokoków pod oponę twardą; tak więc te ostatnie drobnoustroje, wywołujące, jak wiadomo, dość często sporadyczne przypadki zapalenia opon mózgo - rdzeniowych, są bardziej szkodliwe od meningokoków, co w zupełności odpowiada klinicznie stwierdzonemu

faktowi, iż śmiertelność przy zakażeniu opon pneumokokami daje daleko wyższą odsetkę śmiertelności (według NETTER'a 90%), niż zapalenie tychże opon nagminne (50%—33%); przebieg tego ostatniego jest dłuższy i łagodniejszy.

Stwierdzenie swoistości *meningococcus intracellularis* dla nagminnego zapalenia opon mózgo - rdzeniowych daje nam możność uzupełnienia rozpoznania tego cierpienia przez przekłucie lędźwiowe QUINCKE'go i odróżnienia w przyszłości przypadków sporadycznych od nagminnych.

b) Prof. O. FUEBRINGER. **Śmiertelne zapalenie opon mózgo - rdzeniowych i ostra rzeżączka.** Chory, 25-letni mężczyzna, przybył do szpitala z objawami wzbudzającymi podejrzenie zapalenia opon mózgo - rdzeniowych. Przy przekłuciu lędźwiowym QUINCKE'go otrzymano 25 ctm. ropiastego mętnego płynu. Pomiedzy licznymi leukocytami znaleziono pewną ilość zawierających drobnoustroje bardzo zbliżone do gonokoków. Ponieważ u tegoż chorego stwierdzono ostrą rzeżączkę z obfitą wydzieliną zawierającą typowe gonokoki NEISSER'a, powstało pytanie, czy sprawa chorobowa opon została wywołana przez zakażenie gonokokami, czy też dwa te cierpienia dotknęły przypadkowo jednego osobnika.

Przy badaniu pośmiertnem stwierdzono oba rozpoznania i w ropie, wziętej z mózgu i rdzenia znaleziono w komórkach drobnoustroje podobne do gonokoków. Już badanie mikroskopowe przy barwieniu sposobem GRAM'a wykazało pewne różnice między znalezionymi drobnoustrojami a gonokokami NEISSER'a, hodowle zaś otrzymane na agarze glicerynowym, peptonie, i t. p. rosły tak szybko i obficie, a z barwy, połysku i względnie niewielkiej lepkości tak różniły się od hodowli gonokoków i jednocześnie tak były rażąco podobne do drobnoustrojów, opisanych przez JAEGER'a przy zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych nagminnem, iż nie ulega żadnej wątpliwości, że miano w danym razie do czynienia z przypadkiem tego ostatniego cierpienia, powikłanym wypadkowo ostrą rzeżączką.

(*Deutsch. medicin. Wochenschrift* N. 27. 1896).

Bolesław Wolberg.

21. GILLES de la TOURETTE. **Rozpoznawanie i leczenie nerwobólu twarzowego i migreny.** Trudną, choć ważną rzeczą jest odnalezienie odpowiedniego czynnika etiologicznego w każdym poszczególnym przypadku. Prócz spraw uciskowych (często natury przymiotowej), złamań kości skalistej, inne czynniki są natury wątpliwej, winę przeto zwałamy na choroby ogólne, np. gościec, dnę; ważną gra także rolę dziedziczność.

Pod względem klinicznym istnieją dwie wielkie kategorie nerwobólu twarzowego. W pierwszej cierpienie bywa spowodowane najczęściej przez jakiekolwiek podrażnienie obwodowe, np. przez zimno; prócz tego zjawia się ono także podczas przebiegu grypy, przeważnie w okresie końcowym. W tej postaci nerwoból jest przejściowy, mniej dokuczliwy. Nerwoból ten występuje napadowo, w przerwach mamy spokój zupełny, poczem zjawiający się ból odrazu dochodzi do szczytu—i odrazu też znika; zjawia się on nagle 10, 20, 100 razy, nie tylko samoistnie, lecz również pośrednio—wskutek czynności fizjologicznych: śmiechu, płaczu, połykania, mówienia i t. p. Przy każdym napadzie chory silnie uciska punkt bolesny, tak, że TROUSSEAU widział przypadek prawdziwego zgniecenia kości jednej połowy twarzy.

Prócz bólu mamy objawy drugorzędne, zmieniające się stosownie do porażonego miejsca; są one charakteru naczynioruchowego, wydzielniczego lub troficznego.

W niektórych przypadkach oko jest nabiegłe krwią, łącznica czerwona, powieki nabrzękle; skóra policzka gorąca, świecąca, bolesna. Niekiedy jama ustna

napełnia się obficie wydzielaną śliną; czasami wzdłuż nerwu występuje pęcherzykowata wysypka.

Celem ilustracyi drugiej kategorii nerwobólu, autor przytacza historię choroby 38-letniej kobiety, która od lat 15-tu cierpiała na bóle w prawej połowie twarzy, występujące napadami, szybko dochodzące do *maximum* natężenia, co nasunęło autorowi myśl o ciężkiej postaci nerwobólu twarzowego. Jednak napady trwały zbyt długo, powracały po przerwach zbyt długich; np. zamiast nerwobólu, trwającego od 5—6 tygodni, z napadami codziennymi, napady w opisywanym przypadku zjawiały się 2—3 razy tygodniowo, lecz za to każdy z nich, zamiast po chwili zniknąć, trwał bez przerwy 2—3 godziny; bywało przytem uczucie kłębka, idącego od dołka ku szyi, szum w uszach, tętnienie w skroniach, halucynacje. Napad kończył się zwykle krytycznie atakiem histerycznym. Tę postać autor wyodrębnia pod nazwą *napadu nerwobólu twarzowego histerycznego*.

Leczenie postaci pierwszej jest łatwe i pomyślne, dzięki środkom kojącym, jak: antypiryna, fenacetyna; przetwory chininy działają tu również bardzo skutecznie.

W przypadkach drugiej kategorii zaleca autor, w myśl TBOUSSEAU, przetwory makowca. Stosuje on mianowicie pigułki po 0,06 *extracti thebaici*; początkowo daje 3 pigułki dziennie, potem dawkę zwiększa stosownie do potrzeby, t. j. dopóki bóle nie znikną; wtedy stopniowo dawkę zmniejsza, zwiększając ją jednak w razie powtórzenia się cierpienia. Oczywiście, należy brać pod uwagę skutki, np. zaparcie i t. d. Niestety, tą drogą nie jesteśmy w stanie zupełnie cierpienia tego wyleczyć, ani powrotów jego usunąć. Niemniej jednak makowiec jest tu jedynym środkiem.

Co do *migreny*, autor, zaznaczywszy zupełną odrębność jej od neuralgii nerwu trójdzielnego, oraz fakt, iż oba te cierpienia mogą istnieć jednocześnie u tego samego osobnika, przechodzi do leczenia ciężkich przypadków migreny, t. j. przedewszystkiem takich, którym towarzyszy *scotoma scintillans*, *aphasia transitoria*, lub objawy *ophthalmoplegiae*, *epilepsiae partialis*.

Metoda lecznicza autora polega na podawaniu bromku potasu, lub lepiej, skombinowanych trzech przetworów bromowych; począwszy od 2,0 *pro die*, powiększamy co tydzień dawkę o 1,0, dopóki nie dojdziemy do „dawki wystarczającej“, poczem w tym samym porządku dawkę zmniejszamy. Wobec objawów ubocznych, nieodłącznych od tej metody, jakoto: objawów mózgowych, zaburzeń ze strony żołądka i kiszek, wysypek skórnych zaleca autor stosowanie tej metody jedynie w przypadkach ciężkich, tembardziej, że i do wyleczenia lżejszych, częstokroć musimy stosować dawki tej wysokości, co i do ciężkich. Prócz tego autor wyłącza zupełnie wszelkie napoje wyskokowe.

(*La Semaine Médicale* Nr. 32. 1896).

Wacław Sterling.

22. BANTI. O powstawaniu żółtaczki przy zapaleniu płuc włóknikowem. Przyczyna żółtaczki, pojawiającej się zazwyczaj w postaci lekkiej przy zapaleniu płuc, dotychczas nie była znana. BANTI stara się objaśnić ten rodzaj żółtaczki rozkładem krwi (*haemolysis*), wywołanym przez *diplococcus lanceolatus capsulatus*. W badaniach poprzednich autor ten stwierdził, że diplokokki przy zapaleniu płuc włóknikowem znajdują się nie tylko w płucach, lecz również w wątrobie, śledzionie, krwi, i t. d. Podczas epidemii zapalenia płuc we Florencyi w roku 1895 BANTI widział 15 przypadków, powikłanych wybitniejszą żółtątką; przypadki te przebiegały ciężiej (50% śmiertelności). U zmarłych nie znaleziono przyczyn żółtaczki — przeszkód mechanicznych dla odpływu, lub nieżyty wątroby; w śledzienie za to

zauważono mniej lub więcej wyraźne oznaki rozkładu krwi. We wszystkich omówionych przypadkach stale i wyłącznie spotykano *diplococcus lanceolatus capsulatus*, posiadającego wszystkie właściwe mu cechy. Zastrzykując królikom pod skórę wysięk płucny tych chorych, wywoływano śmierć w przeciągu 24—48 godzin wskutek przepełnienia krwi diplokokami. Za życia zwierząt już w 15 godzin po zastrzyknięciu występowała hemoglobinurya napadami: moczu, zbierany w różnych porach dnia, był mocno zabarwiony hemoglobina, lub posiadał barwę prawidłową; w osadzie znajdowały się wałeczki nerkowe ziarniste i nabłonkowe, natomiast nie było w nim ani śladu czerwonych krążków krwi. Przy przeszczepianiu krwi z jednego królika na drugiego hemoglobinurya stopniowo słabła, tak iż przy 3—6 przeszczepianiu nikła całkowicie, jadowitość jednak diplokoków nie tylko nie zmniejszała się, lecz nawet zwiększała. Jeżeli szczepiono królikom hodowle diplokoków z owych wysięków, zwierzęta padały, nie ulegając hemoglobinurii. U psów, chociaż z pewnemi odmianami, stwierdzono również rozkładowe działanie diplokoków. Autor uważa za możliwe, że u ludzi działanie rozkładowe występuje silniej, niż u zwierząt. W przypadkach zapalenia płuc niepowikłanych żółtaczką diplokokki nie posiadają własności hemolitycznych.

(*Centralblatt für Bakt. B. XX. N. 24. 1896 r.*).

Z. Kozicki.

23. BRANDENBURG. **Znaczenie rozpoznawcze zawartości w moczu kwasu moczowego i zasad ksantynowych.** Jeżeli wprowadzimy do ustroju prawidłowego pokarmy obfitujące w nukleinę, to w moczu znajdziemy stosunkowo mało kwasu moczowego i zasad ksantynowych. Ponieważ pokarmy nasze zawierają nie dużo nukleiny, w moczu zaś zawsze znajdujemy pewną ilość tych ciał — stąd wniossek, iż te ostatnie tworzą się z nukleiny ustroju. Autor oznaczał ilość tych składników przy rozmaitych stanach wyniszczenia i doszedł do wyników następujących, mogących mieć ważne znaczenie rozpoznawcze. U osób źle odżywianych, wątłych, nie przyjmujących dużo pokarmów, ustrój przystosowuje się do małej ilości pokarmów w ten sposób, iż rozpad komórek ogranicza się do *minimum*, w następstwie czego ilość ciał alloksurowych w moczu spada do *minimum*. Natomiast przy durze brzuszyn, gdzie następuje gwałtowny rozpad komórek ustrojowych, ilość tych składników znacznie się zwiększa. To samo mniej więcej zauważył autor przy ostrej gruźlicy płuc i raku żołądka. Przy ciężkiej niedokrwistości i niezłomnych cierpieniach żołądka przemiana materii jest znacznie upośledzona, wskutek czego w moczu znajdujemy mało azotu i jednocześnie bardzo mało ciał alloksurowych. Jeżeli zatem u chorego wyniszczonego, obok stosunkowo niewielkiej ogólnej ilości azotu w moczu, znajdziemy uderzająco duże ilości ciał alloksurowych, może to wzbudzić myśl o złośliwym charakterze cierpienia. W ten sposób jedynie na zasadzie określenia tych składników, można w przypadkach wątpliwych odróżnić wrzód żołądka od raka i zwykłą niedokrwistość od gruźlicy.

(*Berlin. klin. Wochenschr. N. 7. 1896*).

Klejn.

24. JOLLY. **Pellotinum, jako środek nasenny.** *Pellotinum* jest to alkaloid, otrzymany z rośliny *anhalonium Williamsi*, krystaliczny, gorzki, mało rozpuszczalny w wodzie; natomiast sól jego (*Pellotinum muriaticum*), którą stosował JOLLY, łatwo się w wodzie rozpuszcza. Wzór jego chemiczny jest $C_{13}H_{19}NO_3HCl$. Według doświadczeń HEFTER'a środek ten wywołuje u żab i ssących z początku pewne zmęczenie, zwierzęta padają i stają się nieruchome; następnie występuje wzmożona pobudliwość odruchowa z drgawkami tężcowemi. Czyniąc doświadczenia z małemi dawkami (0,05) na sobie i znajomych, stwierdził JOLLY występowanie zmęczenia, senności, a wreszcie snu z jednoczesnem zwolnieniem tętna bez za-

dnych innych ubocznych skutków. Stosując ten środek przy mocnych bólach w postaci zastrzykiwań i wewnętrznie (dawka 0,04—0,06), doszedł JOLLY do wniosku, iż *pellotinum muriaticum* nie posiada bezpośredniego działania znieczulającego, wywołuje natomiast w powyższych dawkach po upływie $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ godziny kilkogodzinny sen; po przebudzeniu się bóle wracały. W jednym przypadku bredzenia (*delirium alcoholicum*) nie można było osiągnąć snu nawet po trzech zastrzyknięciach po 0,04 w ciągu dwóch godzin; chory tylko do pewnego stopnia uspokoił się. U dziecka z guzem mózgu, szybkim tętnem i mocnym bólem głowy, zastrzyknięcie 0,02 *pellotini muriatici* uspokoiło ból głowy, tętno z 109 spadło do 72, i chory spał przez 5 godzin.

Niektórzy chorzy uskarżali się, iż po zażyciu środka tego cierpią na zawrót i szum w głowie.

Wogóle JOLLY dochodzi do wniosku, iż *pellotinum* w dawce 0,06 wewnątrz wywołuje takiż sen, jak po $1\frac{1}{2}$ —2,0 wodanu chloralu. Zdaniem jego, środek ten zasługuje na dalsze próby.

(*Deut. medicin. Wochenschr. N.* —. 1896).

A. Tumpowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 19 stycznia r. b.

TREŚĆ: 1) GEPNER (syn) — przedstawienie dziecka z obustronnym *cryptophthalmus*. 2) DMOCHOWSKI — *Hydrops antri Highmori*.

1) GEPNER (syn) przedstawił sześciomiesięczne dziecko z obustronnym *cryptophthalmus*, poprzedziwszy demonstrację przypomnieniem warunków powstawania tej wady rozwojowej. Mianowicie szpara zarodkowa oka może uleść niedokładnemu zamknięciu, skutkiem czego powstają braki zarówno — co się spotyka najczęściej — tęczówki (*coloboma iridis*), jak i ciała rzęskowego, naczyńówki, soczewki; w przypadku zupełnego niezamknięcia szpary zarodkowej, oko wcale się nie rozwija (*anophthalmus*); w innych razach poza powiekami, względnie prawidłowo ukształtowanymi, na dnie worka łącznicowego widać mniejszy lub większy zaczątek gałki ocznej, albo też daje się on tylko wyczuć (*cryptophthalmus*). Zaczątki oka nierozwiniętego mogą się z czasem rozrastać i wtedy dolna jego część, odpowiadająca niezamkniętej szparze zarodkowej, stopniowo się wypukla, tworząc torbiel, której ściany składają się z bogato unaczynionej tkanki łącznej, wysłanej od wewnątrz nabłonkiem słupkowym lub tkanką glejakową, wewnątrz zaś wypełnia płyn surowiczny. U przedstawionego obecnie dziecka kol. GEPNER znalazł przed dwoma miesiącami: powieki dobrze rozwinięte, szpara powiekowa nieco zmniejszona; na dnie lewego worka łącznicowego wyczuwa się zaczątek gałki ocznej wielkości małej wiśni i widać ślad rogówki, mający około milimetra średnicy; w jamie prawego oczodołu nic nie można było ani wyczuć ani dojrzeć; skutkiem tego kol. G. rozpoznał: *cryptophthalmus sinister*, *anophthalmus dexter*. Tymczasem z biegiem czasu w prawym oczodole wytworzyła się torbiel, która obecnie wypełnia go całkowicie, szaro-niebieska, chęlbocąca, zwiększająca się przy płaczu, krzyku i t. p., i widoczna nie tylko po rozwarciu powiek, ale i poprzez napiętą mocno powiekę dolną. Pokazuje się przeto, że zaczątek oka prawego, lubo niewidoczny i niewyczuwalny, istniał jednakże i dał początek torbieli; rozpoznanie więc brzmić powinno właściwie: *cryptophthalmus bilateralis*.

2) Kol. DMOCHOWSKI w obszerniejszym odczycie podzielił się ze słuchaczami spostrzeżeniami swemi nad t. zw. *hydrops antri Highmori*. Pod tem mianem pojmujemy nagromadzenie się w zatokach szczękowych płynu surowiczego, nie mającego dążności do wessania się. Przyczyny tej sprawy chorobowej mogą być ogólne i miejscowe; do pierwszych należą czynniki, wywołujące zastoiny wogóle (cierpienia nerek, serca); co do drugich istnieją różne teorye: VIRCHOW jest zdania, że płyn właściwie gromadzi się nie w jamie, lecz w torbielach powstałych z gruczołów śluzowych błony, wyściełającej zatokę i mogących w miarę stopniowego powiększania się wypełnić całą jamę; ZUCKERKANDL sądzi, że płyn zbiera się w samej tkance błony śluzowej, która, obrzmiewając skutkiem tego, także jest w stanie wypełnić całkowicie przestrzeń zatoki szczękowej; podług DMOCHOWSKIEGO zaś *hydrops antri Highmori* jest następstwem bardzo długotrwałego zapalenia surowiczego, przy którym błona śluzowa traci stopniowo zdolność wchłaniania, sam zaś płyn traci własności śluzu. Z tego założenia wychodząc, zajął się mówca badaniem strony klinicznej takiego zapalenia, które powinno nosić właściwie nazwę *sinuitis antri Highmori serosa*. Wszelako w pracach odnosnych specjalistów niewiele można znaleźć odpowiedniego materiału. Jedni (NOLTENIUS) nie podają spostrzeżeń z taką dokładnością i krytycyzmem, żeby na nich w zupełności polegać można; inni (REINHARDT, MOLL) przeczą nawet istnieniu wogóle podobnej sprawy. DMOCHOWSKI przeto opiera się głównie na trzech przez siebie spostrzeganych przypadkach. W pierwszym, u 42-letniej kobiety, skarżącej się na nieustanne bóle głowy, ciśnienie u podstawy nosa, ciągle uderzanie krwi do głowy oraz stałą czerwoność skóry na głowie i twarzy, badanie przedmiotowe dało wynik ujemny; D. znalazł tylko drobne polipy w nosie, po usunięciu których stan bodaj że się pogorszył; zastosowanie jodku potasu żadnej korzyści nie przyniosło; gdy po kilku miesiącach taż sama chora zgłosiła się z tymi samymi objawami, D. znalazł silne przekrwienie błony śluzowej nosa, co mu nasunęło podejrzenie istnienia jakiejś sprawy uciskowej; przedsięwziął przeto przekłócie próbne zatok szczękowych, i znalazł je wypełnione pod znacznem ciśnieniem płynem mętnym, żółtym, szybko krzepnącym i zawierającym kryształ cholestearyny; wypuszczenie płynu przyniosło natychmiastową ulgę; ponieważ jednak płyn zbierał się w dalszym ciągu, przeto D. zmuszony był utrwalić wynik leczenia przez otwarcie zatok szczękowych od strony zębodołów. Drugi przypadek dotyczył 16-letniej panny; podmiotowymi objawami były bóle w skroniach, twarzy i u podstawy nosa; badanie przedmiotowe wykazało obrzmienie błony śluzowej, prześwietlanie zaś nasuwało podejrzenie obecności płynu w jamach; przekłócie i następce podawanie fenacetyny sprowadziło wyleczenie zupełne. W przypadku trzecim dwudziestoparoletnia kobieta skarżyła się na bóle w nosie z prawej strony; przy badaniu znalazł D. tylko jednostronne przekrwienie błony śluzowej nosa; po przekłóciu, które stwierdziło obecność w prawej jamie płynu surowiczego, wystąpił w kilka dni otok ropny, który wszelako po paru tygodniach przeszedł zupełnie a z nim znikły i wszelkie dolegliwości. Szeregując więc objawy kliniczne, spostrzegane zarówno w tych swoich trzech przypadkach, jak i w przypadkach NOLTENIUS'a i KRĘBS'a, zalicza DMOCHOWSKI do nich bóle głowy i ciśnienie u podstawy nosa, z przedmiotowych zaś zaznacza przekrwienie, oraz (NOLTENIUS) nieżyt przerostowy i polipy. Przy rozpoznaniu ważnymi także są, oprócz uwzględnienia powyższych objawów, wyniki prześwietlania, rozstrzygającym wszakże jest przekłócie próbne. Przebieg w lżejszych przypadkach jest łagodny i nie wymaga zabiegu lekarskiego; w cięższych — sprawa dochodzi do nagromadzenia się płynu, ucisku, zmian błony

śluzowej, a nawet i ścian kostnych jamy, jednym słowem do tego obrazu klinicznego, który nazywamy *hydrops antri Highmori*. Leczenie zasadza się na przekłóciu i wypuszczeniu płynu, co jednak nie jest zabiegiem zupełnie niewinnym, trudno bowiem bardzo przy nim ustrzedz się zakażenia.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI staje w obronie teoryi VIRCHOW'a, torbiele bowiem gruczołów śluzowych często dochodzą do znacznych rozmiarów, przyczem zawartość ich traci stopniowo własności śluzu; co do poglądu ZUCKERKANDL'a, to wydaje się on mówcy niezrozumiałym. Prof. BRODOWSKI ze swej strony przypuszcza możliwość istnienia długotrwałego zapalenia nieżyłowego, w następstwie którego *foramen maxillare* ulega zatkaniu, śluz zaś, nie mając ujścia do nosa, zatrzymuje się w jamie, wypełnia ją stopniowo i powoli traci swe własności. Prof. KOSIŃSKI zgadza się z prelegentem, aby przytoczone przezeń przypadki nazwać „*Highmoritis exsudativa*“, sądzi wszelako, że *hydrops antri Highmori* jest następstwem tworzenia się torbieli. Kol. SĘDZIAK podziela zdanie DMOCHOWSKIEGO: że *hydrops antri Highmori* jest wynikiem sprawy zapalnej, którą również nazwałby *sinuitis maxillaris serosa*. Co do objawów, to oprócz wyliczonych przez prelegenta wymienia t. zw. *hydrorrhoea nasalis*, t. j. wylewanie się z nosa co rano po wstaniu większej ilości wodnistego płynu (podobne wylewanie się ropy ma miejsce przy otokach ropnych); przy rozpoznawaniu należy mieć także na uwadze t. zw. nerwowy katar nosa (*coryza vasomotoria*).

Posiedzenie z dnia 26 stycznia r. b.

TREŚĆ: STEINHAUS. Zmiany w siatkówce przy otruciu fosforem.

Autor badania swe przeprowadził na psach i królikach, którym wstrzykiwał pod skórę roztwór fosforu w oleju migdałów słodkich, poczynając od dawki 0,5 ctm. sz. 0,5% roztworu u psów i 0,2%—u królików i stopniowo ją zwiększając; zwierzęta żyły 3—28 dni; przez cały czas doświadczenia badał je STEINHAUS wzniemieniem ocznym; natychmiast lub najpóźniej w 2—3 godzin po śmierci utrzymywał gałki oczne w płynie MUELLER'a, FLEMMING'a i w nasyconym roztworze wodnym sublimatu; skrawki przygotowywał metodą parafinową; ogółem przeprowadził poszukiwania drobnowidzowe na 13 psach i 12 królikach. Pierwszym objawem oftalmoskopowym było wcześniej (po 2--8 dniach) zjawiające się przekrwienie żyłne siatkówki i nerwu wzrokowego; u niektórych zwierząt występował w dalszym ciągu obrzęk tarczy, albo też nawet płytkie odklejenia siatkówki mniej lub więcej rozległe; w jednym przypadku powstała niewielka wybroczyna tuż obok tarczy; równomiernie z tymi objawami dało się zauważyć stopniowe osłabienie wzroku. Co do zmian drobnowidzowych, to wogóle natężenie ich odpowiadało natężeniu zmian oftalmoskopowych, więc przekrwienie, przechodzenie płynu przesiękowego do tkanki nerwu i siatkówki, w wyższych stopniach: wypuklenie się tarczy, zgrubienie, wydłużenie, pofałdowanie i — skutkiem tego — miejscowe odklejenia siatkówki, wreszcie zmiany pierwiastków anatomicznych. Zmiany te w pojedynczych warstwach siatkówki przedstawiały się w następujący sposób: 1) w warstwie barwnikowej, która zresztą wogóle ulegała zmianom bardzo nieznacznym, utrata ziarenek barwnikowych w niektórych komórkach, wakuolizacja i pęcznienie treści komórkowej; 2) w warstwie pręcików i czopków—oderwanie się zewnętrznych połówek pręcików i czopków od wewnętrznych i wypełnienie powstałej w ten sposób przestrzeni płynem przesiękowym, rozpadanie się zewnętrz-

trzných połówek na składające je płytki, a następnie na grube ziarna, pojawiające się między wewnętrznymi połówkami pręcików i czopków tworów jawatych, które STEINHAUS uważa za napęczniałe w wysokim stopniu wewnętrzne połówki niektórych pręcików, w dalszym zaś ciągu również ziarnisty rozpad; 3) *membrana limitans externa* stanowiła linię falistą, odpowiednią do odklejeń; 4) w warstwie jądrowej zewnętrznej — zgrubienie jej skutkiem prześięku, przy czym w lżejszych stopniach płyn obrzkowy oddalał tylko od siebie jądra i rozszerzał przestrzenie między włóknami, w wyższych zaś stopniach następowało odrywanie się włókien i wytwarzanie się jakby mikroskopowych torbieli, ścianę których stanowiły odepchnięte jądra i porwane włókna; 5) w warstwie siatkowej zewnętrznej — zwiększenie oczek i przerwy w siatce wypełnione płynem; 6) w warstwie jądrowej wewnętrznej — zgrubienie jej i wypełnienie płynem przestrzeni międzykomórkowych; co do samych komórek, to, przy braku zmian w spongioblastach, komórki *ganglii retinae* (przy wysokiem nateżeniu zmian i w innych warstwach) zawierały wodniczki (*vacuolae*), były napęczniałe, jądra zaś ich — wskutek zmniejszenia się ilości chromatyny — barwiły się bardzo słabo; 7) warstwa siatkowa wewnętrzna przedstawiała zmiany te same, co i zewnętrzna; 8) w warstwie komórek zwójowych dały się spostrzegać różne okresy przejściowe od stanu prawidłowego do zupełnego niemal zniszczenia, do zmian wstecznych dotyczących zarówno jąder (wakuolizacja, rozpadanie się, wreszcie znikanie zupełne), jak i komórek (wakuolizacja, pęcznienie, rozpad ziarnisty); 9) w warstwie włókien nerwowych — pęczki włókien bywały porozsuwane, spęczniałe, następnie pokurczone i porozrywane; 10) włókna MUELLER'a ulegały napęcznieniu, podstawowe ich stożki wydłużały się i substancja ich kitowa ulegała rozrzedzeniu, a skutkiem tego *margo limitans* — poprzerzywaniu. Co do zmian w układzie krwionośnym, to polegały one głównie na przekrwieniu żylnem, bez zmian zapalnych i przy nie zawsze dających się wykryć zmianach ścian naczyń (stłuszczenie śródbłonna).

W dyskusyi kol. KĘPIŃSKI zapytuje, czy opisane przez mówcę zmiany różnią się czemkolwiek od zmian np. przy *retinitis albuminurica*, na co kol. STEINHAUS odpowiada, że zmiany te są swoiste dla zatrucia fosforem, gdyż nie daje się przy nich zauważyć choćby śladu nacieczenia zapalnego; oftalmoskop jednak różnicy tej, w słabszych zwłaszcza stopniach nacieczenia zapalnego, uwydatnić nie jest w stanie.

ODCINEK.

NOWY SZPITAL OGÓLNY W HAMBURGU (EPPENDORF).

Skreślił d-r med. J. Wszebor.

(Dokończenie. — Zob. N. 7).

Zakład dezynfekcyjny leży w obrębie oddziału gospodarskiego. Podobnie jak w innych zakładach tego rodzaju część zakażona budynku niema żadnej bezpośredniej komunikacji z częścią odkażoną, same zaś przyrządy dezynfekcyjne dostępne są z każdej strony zakładu, lecz w innym zupełnie czasie t. j. przed dezynfekcją lub po niej. Budynek bez piwnic wznosi się na 3 piętra. Na parterze mieści się właściwy zakład dezynfekcyjny, grubą murowaną ścianą podzielony na dwie części: jedna dla przedmiotów zakażonych, druga dla odkażonych. W ścia-

nę przegrodową wmurowane są 3 wielkie komory dezynfekcyjne, wystające z każdej jej strony. W komorach, mogących w sobie pomieścić całe łóżko, materace, poduszki, wszelkie ubranie i t. p., przedmioty te są wystawione uprzednio przez pół godziny na działanie wysokiej ciepłoty na sucho, t. j. bez pary, poczem dopiero wpuszcza się parę o ciśnieniu przewyższającym 1-ą atmosferę na $\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{2}$ atmosfery; przedmioty pozostają w niej przez 20 minut, przyczem ciepłota ich wnętrza podnosi się do $+100^{\circ}\text{C}$. Następnie dla osuszenia ich przepuszcza się rozgrzane powietrze przez pół godziny, poczem odkażenie uważa się jako dokonane i przedmioty mogą być z komory od strony budynku odkażonej wyjęte.

Przedmioty nie wytrzymujące działania pary rozgrzanej od $+100^{\circ}\text{C}$. do $+110^{\circ}\text{C}$. np. kapelusze, czapki, futra, skóry, skrapiają się obficie 5% roztworem kwasu karbolowego, poczem poddają się tylko osuszeniu w komorze.

Dezynfekcja bielizny w komorach nie ma miejsca. Przekonano się bowiem, że plamy od krwi, ropy lub śluzu, w skutek wystawienia bielizny na działanie pary o wysokiem ciśnieniu, do tego stopnia się utrwalają, że dla ich usunięcia należy się uciekać do środków bielących, działających niszcząco na samą bieliznę. Z tego powodu bieliznę odkaża się przez powolne jej wygotowywanie, po uprzedniem dłuższem wymoczeniu w zimnej wodzie. Wymoczenie trwa na zimno od 6-ciu do 12 godzin i odbywa się w 6-ciu kadziach objętości każda 1 metra sześciennego. Bielizna pozostaje w workach, w których z pawilonów wysłana została i po wyjęciu z kadzi dostaje się do dużych drewnianych kubłów, gdzie ulega wygotowaniu. Kubły te wmurowane są w ścianę przegrodową tak, że jedna ich połowa wystaje do części zakażonej budynku, druga do części odkażonej; tak samo wierzchnia przykrywa kubłów jest złożona z dwóch części, z każdej strony ściany otwierać się mogących. Przy otwieraniu jednej połowy, druga szczelnie zostaje zaryglowana. Każdy kubel ma $\frac{3}{4}$ metra sześciennego objętości i zaopatrzony jest w rury dopływowe i odpływowe. Worki z bielizną wkładają się do kubłów nalanych do $\frac{1}{3}$ wysokości 20% roztworem sody; wpuszczona para w ciągu 50 minut doprowadza roztwór do wrzenia, które jeszcze przez 10 do 15 minut się utrzymuje; na tem się kończy odkażanie bielizny, którą ostatecznie odsyła się do ogólnej pralni na wózkach toczących się po szynach żelaznych.

Ludzie zajęci w zakażonej części budynku przed wyjściem na dwór, rozbierają się w na to przeznaczonym pokoju, biorą kąpiel, po wyjściu z której ubierają się w swoje suknie, które pozostawili, wchodząc na służbę.

Na pierwszym piętrze budynku mieści się warsztat tapicerski i skład materacy potrzebujących naprawy.

Drugie piętro służy za skład materacy gotowych i przedmiotów odkażonych.

Wody nieczyste z oddziału epidemicznego i z zakładu anatomo-patologicznego, nim wpuszczone zostaną do kanału wlewającego się do Elby, zostają odkażone w oddzielnym na to przeznaczonym budynku (Sielgrubenhaus), wystawionym w pobliżu zakładu anatomo-patologicznego od strony północnej. Wody te zbierają się do 4-ch studzien wymurowanych w ziemi objętości 5,200 litrów każda, gdzie po 2 godzinnem wymieszaniu z makiem wapiennym wypuszczane bywają do kanału miejskiego.

Tuż prawie obok wznosi się komin 15-to-metrowy, idący od pieca, gdzie spalają się zużyte opatrunki. Piec ma dwa ogniska; produkty spalania z pierwszego ogniska zmuszone są przechodzić przez drugie ognisko i tam ulegać dopełniającemu spaleniowi dla zniszczenia tych cząstek, które z pędem powietrza porwane uchodziłyby mogły niedopalone na zewnątrz. Piec mieści się w domku oddzielnym, gdzie oprócz niego znajduje się skład węgla i mała kuźnia.

W końcu tego opisu, nie możemy pominąć zupełnem milczeniem budynków gospodarskich i gmachu administracyjnego.

Gmach administracyjny ma korpus długi na 82 metry frontu, z partem i 1-m piętrem; do niego przytykają połączone z nim dwa skrzydła końcowe o jedno piętro wyższe i wystające ku szpitalowi.

Na dole mieszczą się bióra i pracownie apteczne. Na 1-em piętrze, środek zajmuje sala posiedzeń kolegium lekarskiego, a w jej sąsiedztwie jest czytelnia dla asystentów i *cassino* dla aptekarzy. Prócz tego jest tu 12 mieszkań dla asystentów i aptekarzy. Na 2-im piętrze skrzydeł urządzono 14 mieszkań dla asystentów.

Pralnia i kuchnia mieszczą się w dwóch oddzielnych, ale bardzo podobnych do siebie budynkach o parterze i piętrze. Środek od ziemi aż pod dach zajmuje wysoka hala, gdzie się mieści w jednym budynku pralnia parowa, w drugim kuchnia parowa. W budynku kuchennym na parterze urządzona jest piękna sala jadalna dla lekarzy i aptekarzy.

W kotłowni oprócz kotłów czynna jest maszyna dynamo-elektryczna zasilająca lampy elektryczne.

Koszta budowy. Ogólny koszt wszystkich budynków wraz z kosztami ogrodzenia i uregulowania placu wynosi 5,195,300 marek czyli 3,480 marek na jedno łóżko (łóżek jest 1,493).

Ogólny koszt wewnętrznego urządzenia, ruchomości, pościeli, bielizny, naczyń i przyborów gospodarskich, lekarskich, aptecznych, gazowych, elektrycznych i t. d., wynosi 1,137,20fl marek, t. j. 762 marek na jedno łóżko.

Razem więc za wybudowanie i urządzenia wewnętrzne wydano 6,332,500 marek, t. j. 4,242 marek na jedno łóżko.

Koszta budowy i urządzenia szpitala na Friedrichshain w Berlinie wynoszą 4,725,702 marek na 734 łóżek czyli blisko 6,015 marek od łóżka.

Koszta budowy i urządzenia berlińskiego szpitala „am Urban“ wynosi 3,100,000 marek na 500 łóżek czyli 6,200 marek od łóżka *).

IV.

Twórcy dopiero co opisanego szpitala hamburskiego z dumą i radością ujrze-li go wykończonym i otwartym dla chorych. Ówczesny jego dyrektor, dzisiejszy profesor medycyny na uniwersytecie w Lipsku, d-r CURSCHMANN, w przedmowie do wydanego przez siebie opisu szpitala, nazywa go trwałym i świetnym pomnikiem wystawionym przez miasto Hamburg ludzkości i nauce, upatruje w nim najdoskonalszy wyraz postępu nowoczesnej higieny, widzi w nim stwierdzenie zasady, iż najlepszy szpital jest właśnie ten, który najlepiej i najwięcej oddać może usług przy pomocy środków najprostszych.

Nie ulega wątpliwości, że nowy zakład jest wzorowy. Zastosowany wszakże przede wszystkim do miejscowych potrzeb, okoliczności i warunków, wszędzie naśladowanym być nie może. Bo też i twórcy jego sami niewolniczo nie naśladowali innych, a kierowani troską o dobro chorych i o postęp nauki, oparli na doświadczeniu własnem i na obszernych dokładnych wiadomościach technicznych, lekarskich i administracyjnych, któremi sami władali, stworzyli dzieło dobre. Tak postępować wszędzie można i należy.

*) Ostatnie liczby wzięte są z dzieła: „Die öffentliche Gesundheits—und Krankenpflege der Stadt Berlin“, Berlin, 1890 r. u HIRSCHWALD'a.

Nowy szpital hamburski wybudowany jest podług systemu pawilonowego czyli decentralizacyjnego, który powszechne uznanie uzyskał dopiero w drugiej połowie naszego wieku. Przedtem trzymano się systemu korytarzowego czyli centralizacyjnego, w którym na każdym piętrze wzdłuż gmachu głównego i jego pawilonów w jedną całość połączonych, ciągnął się jeden długi korytarz stanowiący komunikację między wszystkimi salami i pokojami na danym piętrze położonymi. System ten miał pod względem administracyjnym i gospodarskim niezaprzeczone dogodności, ułatwiał rozmieszczanie chorych i dozór nad nimi, i t. p.; lecz przez nagromadzenie znacznej liczby ludzi w jednym budynku przyczyniał się w wysokim stopniu do skażenia powietrza, do czego dopomagały jeszcze wyziewy z kuchni i pralni, pomieszczonych zwykle w suterrenach, rozchodzące się przez schody i korytarze po całym zakładzie. Najkosztowniejsze i najkunsztowniejsze urządzenia wentylacyjne nie wystarczały dla odpowiedniej odnowy powietrza, a co najgorsze, w razie pojawienia się choroby zaraźliwej niebezpieczeństwo zarazy groziło wszystkim przebywającym w szpitalu. Dlatego obecnie nowe szpitale budują się wedle systemu pawilonowego, w którym zakład składa się z wielu budynków na oddzielne cele przeznaczonych, jak np. oddzielne pawilony dla chorych stosownie do ich wieku, płci i właściwości choroby, oddzielne także dla potrzeb gospodarskich i wymagań administracyjnych.

Ze wszystkich nowszych szpitali systemu pawilonowego, szpital hamburski zasadę decentralizacji przeprowadza najkonsekwentniej. Przez równomierne i umiejętne rozmieszczenie budynków uzyskano możność znacznego powiększenia ich liczby w stosunku do rozporządzalnego obszaru i to bez ich zacieśnienia, a przeciwnie wystawiono każdą ich zewnętrzną ścianę na pożądane działanie prądów powietrznych.

Pawilony dla stosunkowo niewielkiej liczby chorych są parterowe, drzwi sali bezpośrednio ze dworem nie komunikują, wentylacja jest wyborna, a ogrzewanie przez podłogę, pierwszy raz na wielką skalę zaprowadzone w szpitalu, wpływa na odnowę i czystość powietrza. Urządzenie pawilonu jest we wszystkich szczegółach głęboko obmyślane, a dostateczna ilość służby o dokładnie określonym zakresie działania zapewnia wszędzie wzorową czystość i porządek.

Na szczególne zaznaczenie zasługuje łatwość izolowania chorych we wszystkich następczych przypadkach, a zwłaszcza urządzenie oddzielnego pawilonu dla chorych niespokojnych, tak nieodzownie potrzebnego we wszystkich ogólnych szpitalach, a z którym jednak tak rzadko spotkać się można.

Oddzielne metody leczenia hydropatya, masażem, kąpielami elektrycznymi i kąpielami stałymi, mogą być tu stosowane w oddzielnym na to wystawionym budynku. Nawet leczenie ortopedyczne zwykle w szpitalach nieuwzględniane, ma tu przeznaczony jeden z większych pawilonów izolacyjnych, uposażony w liczne i kosztowne przyrządy.

Pracownie w zakładzie anatomo-patologicznym, mikroskopowa, bakteryologiczna, chemiczna i fizyczna, pracownia fotograficzna w pawilonie operacyjnym, pozwalają na dokonywanie prac naukowych i badań, stawiających szpital hamburski w rzędzie ognisk postępu nauk lekarskich. Otoczone zewsząd uniwersytetami, miasto Hamburg nie czuło potrzeby zaprowadzenia w swoich murach kosztownego wydziału lekarskiego; za to przez swój szpital uczestniczy w pracy naukowej całego świata.

Godne jest naśladowania ustanowienie przy szpitalu znacznej liczby posad asystentów, w samym zakładzie przemieszkujących i nieustannie otaczających

swoją opieką chorych w nim pomieszczonych. Posady te otrzymują młodzi lekarze świeżo po ukończeniu kursów uniwersyteckich. Mając sposobność dalszego kształcenia się w naukach lekarskich, jednocześnie obznajmniają się z wewnętrznym porządkiem szpitala, jego administracją, gospodarstwem, praktycznie poznają wartość jego urządzeń higienicznych. To też opuszczając szpital doskonale są oni przygotowani do korzystnego samodzielnego działania w szpitalach innych.

Przez znaczną liczbę miejsc dla chorych szpital hamburski jest w możności zaspokoić potrzeby miasta w danej chwili; ale i w razie nagłego wybuchu epidemii może natychmiast wprowadzić w czynność swój oddział epidemiczny, bez długich przygotowań, narad i formalności.

Przez siedm lat istnienia urządzenia nowego szpitala miały sposobność wykazać całą swoją praktyczną doniosłość i wartość.

W obecnej chwili, kiedy chodzi o wybudowanie w Warszawie nowego szpitala w zamian za stary szpital Dz. Jezus, uznałem za stosowne zwrócić uwagę na szczegóły wzorowych urządzeń szpitalnych już istniejących, o których wartości doświadczenie kilkoletnie sąd swój wydało. W tym celu opis niniejszy pomieściłem w łamach „Medycyny“. Być może, że opis ten przez zainteresowanie szerszego koła czytelników wpłynie korzystnie na budowę nowego szpitala Dz. Jezus, którego losy tak blisko i żywo obchodzą mieszkańców naszego miasta. Gorąco pragniemy, by grosz biedaków przekazany im w zapisach przez szlachetnych dobrodziejów, lub zebrany dla nich z ofiar całego kraju, był przedewszystkiem użyty na uwzględnienie potrzeb tej biednej ludności, która pomocy w szpitalu Dz. Jezus szukać przywykła. Nie wątpimy, że rozumne użycie funduszu tych biedaków błogie dla nich wyda owoce, jeśli tylko przy budowie szpitala ani na chwilę nie spuścimy z oka zadań higieny i medycyny i wymagań słuszności i ludzkości.

W końcu zaznaczyć mi wypada, że osobiste moje wspomnienia i notatki zebrane podczas kilkogodzinnego zwiedzenia szpitala nie byłyby wystarczającymi dla podania względnie dokładnego jego opisu bez pomocy innych jeszcze źródeł. Między innymi wymieniam szacowne dzieło „Hamburg und seine Bauten“ wydane w Hamburgu w 1890 r., a przedewszystkiem opis d-ra CURSCHMANN'a, wydanie 2-ie 1895 r. w Brunszwiku, pod tytułem: „Das neue allgemeine Krankenhaus zu Hamburg—Eppendorf“, z których obficie czerpałem, zwłaszcza przy podawaniu danych liczbowych.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. styczeń r. b.

Pozostało z zeszłego miesiąca i roku chorych 63 (m. 28, k. 35), przybyło w styczniu 72 (m. 41, k. 31); wypisało się 64 (m. 29, k. 35); zmarło 10 (m. 6, k. 4); pozostało na miesiąc następny chorych 61 (m. 34, k. 27).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, niż w miesiącu ubiegłym, a to dzięki znacznemu zmniejszeniu się płonicy i odry, które sporadycznie tylko się pojawiają. Do zupełnie jednak pomyślnych pod względem epidemiologicznym miesiąc styczeń nie należał. Ospa bowiem w dalszym ciągu występuje często, toż samo odnosi się do róży, spotykamy się również co raz częściej z grypą, a pokazywać się zaczyna i tyfus wysypkowy.

Najlichnieszą rubrykę chorych stanowiła ospa, której mieliśmy przypadków 24 (m. 15, k. 9), po większej części u chorych nieszczepionych. Śmiercią zakończyły się 4 przypadki, z których 3 u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Wspólna 63, Ordynacka 14, Chmielna 62 i 85, Pawia 52 i 11, Hoża 85, Bednarska 24, Nowy Świat 36, Zgoda 5, Brukowa 2, Dobra 51, Aleja Ujazdowska 17 (2 przypadki), Ślepa 14, Kościelna 12 (2 przypadki), Niecała 10, Wierzbowa 6, Freta 10, Miedziana 7, Gęsia 86, Przytułek noclegowy na Pradze i wieś Łapy.

Następną rubrykę zajmuje róża, której mieliśmy przypadków 15 (m. 8, k. 7), z przebiegiem niezbyt ciężkim i bez powikłań ropnych. Zejść śmiertelnych nie było. Chorzy pochodzili z ulic: Św. Jerska 31, Hoża 78, Piękna 24, Chmielna 30, Belwederska 14, Senatorska 10, Piwna 1, Zakroczymska 31, Leszczyńska 6, Niecała 8, Furmańska 11, Radzymińska 66 oraz wieś Czyste.

Rzadko bardzo występowała płonica. Zanotowaliśmy tylko 3 przypadki (Długa 8, Zakroczymska 13 i miasto Płońsk) z przebiegiem dosyć ciężkim. Jeden przypadek z powodu powikłań zakończył się śmiertelnie.

Rzadziej również widywaliśmy tyfus brzuszny, którego mieliśmy tylko dwa przypadki (Krzywe Kolo 12, Górczewska 7) z jednym niepomyślnie zakończonym.

Na uwagę zasługuje pojawienie się tyfusu wysypkowego, którego 2 przypadki (mąż i żona) pochodzą z ul. Rybnej na Pradze.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 3 przypadki grypy i zapalenia gardła; 2—odry i zapalenia płuc krupowego, oraz po jednym przypadku biegunki krwawej i gruźlicy płuc.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 5 przypadków nieżytu oskrzeli, 3—nieżytu żołądka i kiszek i jeden—raka żołądka.

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 11 (m. 7, k. 4).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 51 (m. 23, k. 28).

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LEPINE zwraca uwagę na olbrzymią ilość przypadków otrucia atropiną, stosowaną w celu leczniczym i sądzi, że słusznem byłoby wobec tego zastąpienie jej w bardzo wielu przypadkach innymi podobnie działającymi środkami, nie należy jednak jej zupełnie wyłączać z arsenału leczniczego. Rozbierając działanie tego środka w poszczególnych chorobach, L. zaleca ostrożność przy stosowaniu jej przeciw potom u suchotników, kokluszowii dychawicy i razdzi wogóle stosować bardzo małe dawki tego środka. (Sem. méd. Nr. 60. 96).

= FREUND jun. spostrzegł na oddziale położnic epidemję ropnia sutki (*mastitis*). Badanie bakteriologiczne wykazało w ropie oprócz drobnoustrojów

ropotwórczych jeszcze *micr. tetragenus*. Rozpowszechniła się epidemia dzięki temu, że położnice karmiły dziecko chorej towarzyszki, które cierpiało na *stomatitis*. W jamie ustnej owego dziecka znaleziono *streptothrix buccalis*, paciorkowce i gronkowce. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 93. 96).

= LEMOINE poleca gorąco na podstawie długiego doświadczenia odwar kory *sambucus nigra* jako środek moczopędny. Autor stosował go wielokrotnie po kofeinie lub naparstnicy w obrzękach i prześiękach i zawsze otrzymał bardzo dobre wyniki. (Bull. gen. de Therap. III. 96).

= WINTERNITZ zwraca uwagę na konieczność stosowania w celu zahartowania organizmu różnych zabiegów wodo-

lecniczych, odpowiednio do stanu zdrowia i wieku osobnika. U osób mało wrażliwych należy stosować silne pobudki mechaniczne i termiczne, u nerwowych (pobudliwych) słabe. Skóra sucha, gruba wymaga silniejszego działania, niż skóra miękka, delikatna. U małych dzieci należy stosować kąpiele 25°, trwające 1—2 minut. Zawsze po kąpieeli powinno się natychmiast ogrzać szybko. Najlepsza pora dla zabiegów wodoleczniczych jest ranna (natychmiast po wyjściu z łóżka). (Gaz. des eaux. 19. XI. 96.).

== CARAL i CATRIN robili szereg doświadczeń w celu przekonania się, o ile książki mogą przenosić zarazki chorobowe. W książkach z wypożyczalni szpitalnej znaleźli autorzy bakterie gnilne, niektóre grzybki chorobotwórcze, gronkowce; w książce świeżej, od wydawcy znajdowały się jedynie nieszkodliwe bakterie. Następnie zarażał C. książki różnymi bakteriami i szczepił po kilku dniach papier na pożywkach; paciorkowiec, pneumokoki i laseczniki błonicy przyjęły się, zaś laseczniki duru brzuszego i gruźlicy nie zostały przeniesione. (Annal. de l'Inst. Pasteur. T. IX. Nr. 12).

== SAMWAYS zaleca stosowanie *collodii elastici* przy szyszkach krwawnicowych umiejscowionych zewnątrz. Pokrywanie szyszki warstwą waty przesiąkniętą *collodium* zmniejsza z czasem objętość szyszki i przynosi znaczną ulgę. Jediną złą stroną tego sposobu jest silne chwilowe palenie, którego jednak można uniknąć, pędzłując poprzednio szyszkę roztworem kokainy. (Sem. méd. Nr. 61. 96).

== ATTLEE spostrzegł objawy otrucia po zażyciu przez 12-letniego chłopca dziesięciu kropel *trac cannabis indicae*. LYNEK widział analogiczny przypadek u 30-letniej kobiety po zażyciu siedmiu kropli tego środka. W obu przypadkach ze skutkiem zastosowano środki pobudzające. (Lancet. 17. XII. 96).

== OPPLER zwraca uwagę na zależność niektórych przewlekłych nieżytów kiszek od zmniejszonej zdolności wydzielniczej żołądka. Autor opisuje sześć przypadków, gdzie pomimo braku objawów chorobowych ze strony żołądka zbadał sok żołądkowy i znalazł znacznie zmniejszoną zawartość kwasu solnego. Wobec tego należy przypuszczać, że pierwotną chorobą w tych przypadkach był nieżyt żołądka, lecz dzięki sprawności ruchowej tegoż zawartość żołądkowa prze-

chodziła do jelit i tam zostawała przetrawiona pod wpływem soku trzustkowego. Z biegiem czasu jednak nastąpił „brak wyrównania“, gdyż jelita nie były w stanie podołać zwiększonej pracy, i zjawił się nieżyt kiszek. W takich przypadkach należy leczyć chorobę żołądka, gdyż tylko w ten sposób można usunąć nieżyt kiszek. (Deut. med. Woch. Nr. 36. 1896).

== EUCHININA, nowa pochodna chininy, w postaci białych igieł trudno rozpuszczalnych w wodzie, łatwo zaś w wysoku i eterze, posiada wszystkie własności chininy, ma zaś nad nią tę wyższość, że jest bez smaku, nie upośledza łaknienia, ani nie wywołuje mdłości, a zaledwie w bardzo nieznacznym stopniu powoduje ból głowy i szum w uszach. Żadnych ubocznych ujemnych działań nie wywołuje. Działanie jej lecznicze wypróbował V. NOORDEN w 15 przypadkach krztuśca, w gorączce gruczołowej, gorączce posocznicy, durze brzuszny i w pojedynczych przypadkach nerwobólów, i przekonał się, że w niczem chininie nie ustępuje; należy jednak stosować dawki większe, gdyż 1,5—2,0 euchininy odpowiada 1,0 chininy. Podaje się ten środek osobom dorosłym w opłatkach, dzieciom zaś w mleku, kakao lub zupie; ze względu na brak smaku bardzo chętnie jest on przyjmowany. Nie zbadał działania euchininy w zimnicy jedynie wskutek braku odpowiedniego materiału klinicznego. (Ctbl. f. innere Med. Nr. 48. 96).

== Znaczące krwotoki poporodowe, zależne od niedowładu mięśnia macicy, nie zawsze można zatamować zapomocą tamponacji sposobem DUEHRSEN'a, gdyż gaza jodoformowa przesiąka zbyt prędko krwią. SCHAEFFER zaleca wskutek tego gazę jodoformową nasyoną gutaperką, która posiada oprócz wszelkich zalet zwykłej gazy i tę, że nie przesiąka płynem. (Vers. dtsch. Aerzte in Frankfurt 26. 9. 96).

== BRAEKMANN zalecił choremu od dzieciństwa na moczówkę zwykłą *amylum hydratum* jako środek nasenny, w dawce 2,50 przed udaniem się do spoczynku. Pod wpływem leku ilość dobowego moczu zmniejszyła się z 7 litrów do dwóch i znikło pragnienie; po przerwaniu leczenia poprzednie objawy powróciły, zczasem jednak otrzymano wynik trwały pomimo lekarstwa. B. radzi wobec tego faktu wypróbowanie tego środka w moczówce zwykłej. (Sem. méd. Nr. 64. 96).

= DALCHÉ przytoczył w Tow. Lek. paryskim dalsze swe badania nad działaniem wyciągu rośliny *Senecio vulgaris* przy zaburzeniach miesięczkowania. D. przekonał się, że wyciąg korzeni tej rośliny działa o wiele skuteczniej i prędzej, niż wyciąg części nadziemnych. Średnia dawka wynosi 60 kropel wyciągu wodnego *pro die* w wodzie ocukrzanej; przy *dysmenorrhoea* dawki jednorazowe winny być duże, przy *ame-*

norrhoea zaś małe, lecz częste. Środek ten łagodzi bóle zarówno przed, podczas i po miesięczkowaniu w bardzo wysokim stopniu, szczególnie gdy narządy płciowe są zdrowe, w przeciwnym razie działa mniej skutecznie. Żadnych przykrych ubocznych objawów nawet u chorych na serce, nerki i narządy trawienia autor nie spostrzegął. (Sem. méd. Nr. 61. 1896).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— W ubiegłą sobotę upłynęło 35 lat od chwili zajęcia katedry anatomii patologicznej przez prof. Włodzimierza BRODOWSKIEGO, wieloletniego dziekana wydziału lekarskiego w uniwersytecie warszawskim. Z powodu tego Redakcja „Nowin Lekarskich“, wychodzących jak wiadomo w Poznaniu, poświęciła Jubilatowi oddzielny numer, wypełniony pracami uczniów prof. BRODOWSKIEGO, i opatrzony portretem Jubilata. Dnia tegoż w południe przybyli osobiście współredaktorowie „Nowin“, drzy CHŁAPOWSKI, KELLER i ŚWIĘCICKI i wręczyli Jubilatowi rzeczony pięknie wydany numer. Wieczorem dnia tegoż tak Jubilat jak i Szanowni goście, byli podejmowani wieczrą koleżeńską przez grono tutejszych lekarzy, złożonych z przedstawicieli prasy lekarskiej tutejszej, pracujących w laboratorium Szanownego Jubilata kolegów, prezesa Tow. Lek. Warsz. i wielu innych. Koledzy poznańscy przypomnieli przy tej sposobności o mającym się odbyć zjeździe lekarzy polskich w roku przyszłym w Poznaniu, prosząc o liczne kolegów tutejszych przybycie. Zjazd ten przypadał właściwie w roku bieżącym, z uwagi jednak na międzynarodowy zjazd lekarski w Moskwie w roku bieżącym, odłożony został do roku przyszłego, aby zjazdy te wzajemnie sobie liczby uczestników nie uszczuplały.

— Jak to z rocznego sprawozdania z działalności Towarzystwa lekarzy czeskich w Pradze widać, liczba członków tegoż towarzystwa z roku na rok wzrasta i cyfry już poważniej dosięgła. Towarzystwo bowiem liczy: oprócz człon-

ków honorowych, członków czynnych 176, korespondentów zaś przeszło 300.

— Na międzynarodowym zjeździe sanitarnym w celu obmyślenia środków przeciwko zawleczeniu dżumy do Europy, który ma się odbyć w Wenecyi w dniu 22-gim lutego r. b., będą mieli swoich przedstawicieli: Rosya, Francya, Anglia, Włochy i Hiszpania. Według danych urzędowych, dotąd zachorowało w Bombaju na dżumę 4,396 osób, zmarło 3,275.

— W Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu prof. M. NENCKI czyni doświadczenia nad środkami odkażającymi przeciwko dżumie.

— Ministerium komunikacji otwiera w Sewastopolu lecznicę dla suchotników, którzy pracują na rządowych drogach żelaznych.

— Zmarli. W dniu 2-gim lutego r. b. zmarł w Południowej Francyi wielkiej sławy chirurg angielski SPENCER WELLS, dosięgnąwszy sędziwego wieku, umarł bowiem w 79-ym roku życia. Spencer WELLS znany był przede wszystkim, jako znakomity wykonawca owaryotomii. Ilość dokonanych przez niego operacji dosięgła ogromnej liczby. Z wielu prac jego zasługują na uwagę: „Diseases of the ovaries, their diagnosis and treatment“. „Note book for cases of abdominal tumors“, oraz „Ovarian and uterine tumors“.

Sprostowanie. W Nr. 6 na str. 121 w wierszu 71 11-ym od dołu, zamłast „ctm.“ winno być „millm“.

WYDAWCA Dr. L. Gurzowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 6 Февраля 1897 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.