

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek nowotworu w spoidle wielkiem (Glioma corporis callosi). Podał K. Zaleski. — O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca oraz kilka uwag o leczeniu dławca. Podał F. Sachs. — **Streszczenia i wyciągi.** 11. Przypadek guza w moście Warol’a. 12. Sprawozdanie z prac, wykonanych nad paciorkowcem ropnym w Instytucie bakteriologicznym w uniwersytecie Louvańskim. 13. O leczeniu stosowaniu gimnastyki w chorobach przemiany materii. 14. O użyciu i działaniu roztworu metalicznej rtęci (Hydrargyrum colloidalis). 15. Choroby skórne pochodzenia białkomocowego (Dermatoses albuminuricae). 16. Przyczynek do badań nad zatruciem antypiryną. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 9, 10, 11 i 17 lutego r. b. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc styczeń r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Zaleski — Un cas de gliome du corps calleux. 2) D-r F. Sachs — Sur les causes de la dyspnée dans le croup et contributions au traitement de cette maladie.

Redaction: Dr M. Sadowski, Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Zaleski — Ein Fall von Neubildung des Gehirnbalkens. (Glioma corporis callosi). 2) D-r F. Sachs — Ueber die Ursachen der Athemnoth im Verlauf der häutigen Bräune und Beiträge zur Behandlung dieser Krankheit.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU D-RA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU Dz. JEZUS.

Przypadek nowotworu w spoidle wielkiem (Glioma corporis callosi).

Podał

KAROL ZALESKI.

Z pośród nowotworów mózgu stosunkowo rzadko spotykamy nowotwory, umiejscowione w spoidle wielkiem. W dostępnej mi literaturze polskiej nie mogłem znaleźć ani jednego spostrzeżenia odnośnego, a i literatura obca nie może poszczycić się znaczną ich ilością. Według BRUNS’a¹⁾ GIESE zebrał zaledwie 16 przypadków do roku 1895, ja zaś znalazłem jeszcze 4, razem więc do roku 1898 ogłoszono 20 przypadków tego cierpienia. Guzy spoidła wielkiego posiadają tę cechę wspólną, że, o ile nie dochodzą do zbyt wielkich rozmiarów, nie powodują wybitnych zaburzeń czynności mózgu, a tem samem nastęrczają znaczne trudności dla rozpoznania różniczkowego. Jeżeli zaś guzy te dochodzą do rozmiarów znacznych, to, przechodząc na sąsiednie części mózgu, powodują szereg objawów, na zasadzie których można

¹⁾ Real-Encyklop. d. gesamten Heilkunde B. VIII str. 673.

rozpoznać istnienie nowotworu mózgu, jednak bez możliwości dokładnego wskazania jego umiejscowienia, *resp.* punktu wyjścia sprawy patologicznej. Wprawdzie BRISTOWE²⁾ usiłował zebrać szereg objawów, towarzyszących jedynie nowotworom spoidła, mianowicie: zaburzenia inteligencji, mowy (bez afazji), niedowład połowiczny, a jednocześnie brak objawów ze strony nerwów mózgowych i zbioru zaburzeń, właściwych nowotworom mózgu wogóle (ból głowy, wymioty, napady udarowe lub padaczkowe i t. d.). BRUNS³⁾ godzi się w zasadzie z podanym przez BRISTOWE'a szematem, zastrzega się jednak, że objawy somatyczne mogą być wielce różne, zależnie od tego, w której części spoidła wielkiego znajduje się nowotwór. Guz, np., znajdujący się w części przedniej spoidła może stać się przyczyną nie niedowładu kończyn, lecz astazyi; natomiast nowotwory części tylnej spoidła mogą wywoływać ślepotę lub hemianopsję. To też BRUNS wtedy tylko zgadza się na rozpoznanie nowotworu spoidła, kiedy wobec objawów, przemawiających za obecnością guza w mózgu, od początku choroby istnieje niedowład poprzeczny (*paraparesis*) obok zaburzeń głębokich w sferze psychicznej. Lecz i wtedy nawet nie wyłącza on możliwości pomyłki, gdyż aczkolwiek rozpoznanie nowotworu spoidła wielkiego jest możliwe, stanowi jednak wielką rzadkość. Zaburzenia inteligencji tedy powinny być uważane za jedyny istotny objaw tego cierpienia. Z taką samą ostrożnością wyraża się i OPPENHEIM⁴⁾, według którego, z pośród zebranych przez BRISTOWE'a objawów, za charakterystyczne należałoby uważać tylko zaburzenia w sferze psychicznej—stępienie umysłowe i śpiączkę, wszelkie zaś inne objawy są związane z obecnością każdego większego guza wśród tkanki mózgu. Pogląd ten podziela i BRISSAUD⁵⁾. Stawia on tu sprawę jeszcze bardziej kategorycznie, twierdząc, iż jedyny objaw stały omawianego cierpienia stanowi upośledzenie inteligencji. Objaw ten widzieliśmy i w naszym przypadku, w którym przebieg choroby przedstawia się, jak następuje.

W dniu 21 listopada r. z. zapisał się na salę 32 szpitala Dz. Jezus 60-cio letni J. A., służący z restauracji, ze skargami na bóle i zawroty głowy. Dolegliwości te trwają od ostatnich dwóch tygodni. Dawniej, prócz odry, nie przebywał żadnych chorób zakaźnych. Nad to od chorego trudno było dowiedzieć się czegokolwiek więcej z powodu dziwnej tępości umysłowej. Chory budowy krzepkiej, odżywiany doskonale; cera biała; źrenice nie oddziaływają na światło; akomodacja zachowana; wzrok dobry (chory liczy wiersze na tablicy nad łóżkiem po przeciwległej stronie sali). Rzuca się w oczy znaczna sztywność mięśni kończyn, wskutek czego chory nie może usiąść na łóżku bez spuszczenia nóg, a sztywność w karku dochodzi do tego stopnia, że głowa wydaje się, jak gdyby była wmurowana. Ruchy czynne i bierne we wszystkich stawach zachowane, lecz stężenie mięśni utrudnia choremu ruchy celowe, które są niepewne (bezład małego stopnia). Siła mięśniowa bardzo duża, z wyjątkiem kończyn prawostronnych, w których siła mięśniowa, acz zachowana, jest nieco mniejsza. Po za tem zanotowano: sennaść, drżenie rąk; bardzo lekki niedowład prawostronny (*hemiparesis dextra*), wyraźniejszy w twarzy, niż w kończynach; odruchy ścięgnaiste wzmożone, czucie zachowane,

2) Prof. H. OPPENHEIM. Die Geschwülste des Gehirns. Wien. 1896. str. 117.

3) L. c.

4) L. c.

5) Traité de médecine. CHARCOT·BOUCHARD·BRISSAUD.

władze psychiczne upośledzone: chory na pytania odpowiada, lecz z widoczną trudnością, jak gdyby sobie coś przypominał, to też pomiędzy pytaniem i odpowiedzią upływa zwykle chwila dłuższa, niż w warunkach zwykłych. Odpowiedzi są trafne, lecz krótkie i jakby urywane. Według słów otaczających chory od czasu do czasu bredzi. Chodzić może, lecz powoli i z trudnością. Tętno 86 miarowe, małe, nieco twarde. Oddech 20. Stan bezgorączkowy. Łanknienie liche. W narządach jamy piersiowej i brzusznej zmian wyraźnych nie znaleziono. Mocz oddaje chory ciągle kroplami, wskutek czego nie można było oznaczyć ilości dobowej tegoż. Do rozbioru udało się zebrać około 200 ctm. sz. moczu mętnego o cechach następujących: kolor ciemny, ciężar właściwy 1017, białka 2‰ (ESBACH), a w osadzie znaleziono liczne ciała ropne, komórki nabłonkowe, krążki czerwone krwi — jedno dobrze zachowane, inne wylugowane, i kryształki (tripelfosfaty). Dane, zebrane od chorego, zostały potwierdzone przez jego żonę, która dodała, że do ostatnich tygodni mąż jej na nic się nie skarżył i wydawał się zupełnie zdrowym, trudności zaś w oddawaniu moczu chory doznaje od lat 10: „mocz ciągle popuszcza i co godzina musi go oddawać”. Kiedyś była krew w moczu.

Wobec takich wyników badania na daną sprawę chorobową zapatrywaliśmy się, jako na zatrucie moczowe, spowodowane albo przerostem gruczołu krokowego i następczym nieżytem pęcherza, albo zwężeniem cewki moczowej. Ażkolwiek stan psychiczny chorego, stężenie mięśni i inne objawy, wyszczególnione wyżej, zwłaszcza brak oddziaływania źrenic i stężenie mięśni, kazały nam przypuszczać istnienie jakiejś sprawy patologicznej w mózgu, to z drugiej strony dalszy przebieg choroby zdawał się usprawiedliwiać nasze pierwotne rozpoznanie: *uraemia*. Albowiem:

24. XI. Chory skarży się na bezustanne nudności. W nocy i dziś rano były kilkakrotnie wymioty. Chory przygnębiony i apatyczny. Stężenie mięśni wzrasta. *Hemiparesis* słabsza; *opisthotonus*. Wskutek silnego naprężenia mięśni grzbietu chory, postawiony na nogi, całym ciężarem ciała pada w tył, tak że jedna osoba z trudnością może go utrzymać. Zrobiono *venesection* i wypuszczono 400 ctm. sz. krwi.

25. X. Stan psychiczny lepszy; wymiotów nie było; chory ani chodzić, ani stanąć nie może, ani nawet przewrócić się z boku na bok. Siła mięśniowa zawsze znakomita. Przy ruchach celowych w kończynach dolnych mocne drżenie. Źrenice nie oddziałują ani na światło, ani na akomodację. Istnieje zaledwie ślad *hemiparesis*, zwłaszcza w zakresie nerwu twarzowego prawego.

27. XI. W moczu świeżym, obok mnóstwa komórek ropnych i nabłonkowych oraz krążków czerwonych krwi, nie widać ani kryształów, ani liczniejszych bakterii. Stan ogólny nieco lepszy, ale stężenie ciała większe, niż poprzednio: usiąść i ustać chory nie może. D-r SZTEYNER, proszony o zbadanie narządów moczowych, znalazł zwężenie cewki moczowej wysokiego stopnia. Chorego przeniesiono do oddziału chirurgicznego, gdzie d-r SZTEYNER wykonał uretrotomię.

29. XI. Chory zmarł wśród drgawek klonicznych i utraty przytomności.

Badanie zwłok, dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało obecność nowotworu w spoidle wielkiem. Był to glejak (*glioma*), który zajmował tylną trzecią część spoidła i ztąd zapuszczał się widelkowato do istoty białej półkuli lewej. Gałąź przednia nowotworu dochodzi do części średniej istoty białej półkuli lewej, gdy tylna zapuszcza się do istoty białej zrazu potylicowego. Na prawo guz przenika do części sąsiedniej istoty białej na przestrzeń stosun-

kowo nieznaczną. Granice guza nigdzie nie są zaznaczone wyraźnie i ostro, a dokoła, przynajmniej na przestrzeni 1 ctm., jest on otoczony żółtawą, rozmiękczoną istotą białą mózgu. Na przekroju guz jest szaro-czerwonawy, gładki i miękki. W jednym miejscu zawiera on świeże ognisko wybroczynowe (*focus haemorrhagicus*) wielkości małego orzecha laskowego. Guz, leżąc nad pniem *venae Galeni*, uciskał ją, i wskutek tego części przednie komór bocznych mózgu są mocno rozszerzone i wypełnione płynem surowicznym. Guz wywierał również ucisk znaczny na całą masę mózgowia, skutkiem czego jest ona blada a zawoje na powierzchni mózgu są wygładzone. *Pia mater* blada, uderza jednak, że wszystkie jej naczynka żyłne są wydłużone o przebiegu wężykowatym. Mózdzek i rdzeń nie przedstawiają zmian szczególnych. Po za tem w nerkach zmiany niewielkie, które nie mogły dać objawów mocznicy; nieżyt pęcherza (*cystitis*); zwężenie podwójne cewki moczowej i zwyrodnienie włókniste w jądrach.

Wracając do naszego chorego, zauważyć należy, że przebieg cierpienia był niezmiernie ciekawy: człowiek, dotknięty wielkim nowotworem mózgu, niczem nie zdradzał tego cierpienia, i aż do kilkunastu ostatnich dni życia oddawał się zajęciom zwykłym. Przypuszczać należy, że dopiero wrastanie guza do półkul mózgowych i ucisk, wywierany przezeń na mózg, wywołały przypadłości kliniczne, i w ten sposób zmanifestowała się jego obecność. Taki przebieg cierpienia znajduje swe wytłomaczenie w umiejscowieniu guza. Spoidło wielkie, jako część mózgu, posiadająca znaczenie głównie dla sfery życia intelektualnej, tolerowało, jeśli tak rzec się godzi, obecność guza nawet i wtedy, kiedy on zniszczył całą trzecią część jego. Wiadomo, że stanowi ono przewodnik dla włókien asocjacyjnych obudwu półkul mózgowia, a jednak cierpienie jego odbiło się dosyć późno na stanie władz umysłowych naszego chorego. Widocznie tedy czynności zastępcze komórek mózgowych wyrównywały powstające w miarę wzrostu guza braki i uszkodzenia. U naszego chorego zauważyliśmy tylko osłabienie pamięci i pewne otępienie umysłowe, a raczej trudność w kojarzeniu wyobrażeń; dawał on odpowiedzi wyraźne i właściwe, lecz percepcja i kojarzenie pojęć odbywało się u niego z widoczną trudnością. Inne objawy ucisku mózgu stanowiły pewne strony ciemne w rozpoznawaniu cierpienia, przeważająca jednak ich ilość, zarówno jak i wyniki badania moczu zdawały się przemawiać za mocznicą.

Pozostaje nam jeszcze zastanowić się nad objawem, o którym nie wspominają podręczniki, mianowicie nad sztywnością mięśni. Objaw ten spostrzegano już dawniej. KÖSTER⁶⁾ przytacza spostrzeżenie, tyżące się chorego, dotkniętego mięsakiem części przedniej spoidła; chory ten, pomimo że siła mięśniowa zachowana była w zupełności, nie mógł utrzymać się na nogach i padał w tył. Stężenie mięśni w tym przypadku było wybitne, w drugim natomiast, przytoczonym przez tego samego autora, gdzie guz zajmował część tylną spoidła, stężenia mięśni nie spostrzegano za życia. Odnośnie do naszego przypadku nadmienię, że objaw ten w dniu pierwszym pobytu chorego w szpitalu nie był jeszcze rażący, lecz z każdym dniem zyskiwał na wyrazistości: mięśnie robiły wrażenie silnego napięcia, nie spostrzegaliśmy jednak żadnych przykurczeń. Dalej chory, tego zbudowany, wykonywający w pozycji leżącej niemal wszystkie ruchy, choć powoli, ale z wielką siłą, nie jest w stanie

⁶⁾ Casuistik d. Gehirntumoren, Upsala lackerefoerenings forhandlingar. Neue Reihe. 1, 6 und 7 H. p. 321—364. Jahrbücher Hirsch. Rok 1896.

utrzymać się na nogach. Zwolna wzmagają się objawy, przypominające tężec. Jeżeli przypomnimy sobie, że badanie zwłok nie wykazało cierpienia opon mózgowych, ani rdzeniowych, to nastęrcza się pytanie, w jakim związku znajduje się ten objaw z cierpieniem zasadniczem. Należy przypuszczać, że jest to zjawisko, zależne jedynie od zmian wtórnych, względnie od ucisku pewnych okolic mózgu przez nowotwór, czyli jest to jeden z t. zw. „Nachbarschafts-symptome“ BRUNS'a.

Co się tyczy nakoniec objawów ze strony oczu, to nie umiem powiedzieć, czy w naszym przypadku istniały jakie zmiany w nerwie wzrokowym, ponieważ chorego nie badano w tym kierunku. Pewnem jest tylko, że siła widzenia była zachowana. KÖSTER ⁷⁾ wspomina raz o istnieniu zaniku nerwu wzrokowego, w obudwu zaś jego spostrzeżeniach została stwierdzona brodawka zastoinowa. Zdaje się więc, że zmiany w nerwie wzrokowym zaliczyć należy do objawów, spotykanych w omawianem cierpieniu, i że należy przyjąć z zastrzeżeniem zdanie BRUNS'a, który razem z BRISTOWE'm wyłącza ten objaw ze zbioru objawów chorobowych, zwłaszcza że MARTIN ⁸⁾ spotykał go przynajmniej w trzeciej części zebranych przez siebie przypadków.

Warszawa, w styczniu 1899 r.

O PRZYZYNACH POWSTAWANIA DUSZNOŚCI W PRZEBIEGU DŁAWCA

oraz

kilka uwag o leczeniu dławca.

Podał

FELIKS SACHS.

Sprawa pochodzenia duszności w przebiegu dławca oddawna zajmowała umysły lekarzy; posiada ona znaczenie nie tylko teoretyczne. Doniosłość jej praktyczna stanie się widoczną, gdy zważymy, że od tego lub innego poglądu na powstawanie danego cierpienia zależy nasze zachowanie się przy łóżku chorego. To też oddawna czynione były liczne próby wytłomaczenia mechanizmu duszności w dławcu. Najbardziej rozpowszechniona jest hipoteza BRETONNEAU, według której duszność wywołują błony rzekome, wysięlające krtani. Ponieważ światło krtani u dzieci jest bardzo małe, błony nieznacznej nawet grubości wywołać już mogą silne zwężenie krtani. W tym samym kierunku współdziała i obrzęk zapalny błony śluzowej. Hipoteza ta, objaśniająca zwężenie krtani w sposób czysto mechaniczny, zaleca się przede wszystkim swą prostotą. Przemawia za nią wiele faktów. Stopniowy rozwój zwężenia, tak charakterystyczny dla krupu prawdziwego, tłumaczy się według tej hipotezy stopniowem tworzeniem się wysięku błoniczego. Wiadomo również, że po wykrztuszeniu błon rzekomych duszność najczęściej znika. W miarę powrotu do zdrowia duszność również znika stopniowo, co zależy od powolnego oddzielania się i rozpadu błon.

⁷⁾ L. c.

⁸⁾ J. M. MARTIN. The localising value of optic neuritis in intracranial tumor. The Lancet. Jull. 10, 81. (Jahrb. Hirsch. 1897).

Wszelako w praktyce często widzimy przypadki, nie godzące się z powyższą hipotezą. Bardzo często na sekcji przekonywamy się, że niezmiernie burzliwym objawom klinicznym odpowiadają błony bardzo cienkie, niekiedy tak cienkie, że mechaniczne zwężenie, sprawiane przez nie, wcale nie może być brane pod uwagę. Zdarza się i tak, że w przypadkach, w których przebieg kliniczny kazał spodziewać się obfitego wysięku w krtani, na sekcji znajdujemy błonę śluzową zupełnie wolną od wysięku. I odwrotnie: często znajdujemy bardzo obfity wysięk w przypadkach, które przebiegały z bardzo małym lub nawet żadnym zwężeniem. Analogiczne spostrzeżenia poczynione zostały u tych chorych, u których możliwe było badanie laryngoskopowe. Wykrztuszanie błon, sprowadzające w większości przypadków ulgę, w wielu razach pozostaje bez żadnego wpływu. Dalej występowanie duszności w postaci napadów, po których następują względnie spokojne pauzy, również nie znajdują wytłomaczenia w hipotezie BRETONNEAU, trudno bowiem zrozumieć, w jaki sposób przyczyna ciągła może wywoływać efekt przemijający. Wiadomo także, że, w miarę jak choroba zbliża się ku zejściu śmiertelnemu, oddech staje się spokojniejszy, pomimo że błony nie zostały wykrztuszone. Wreszcie przytoczyć tu jeszcze możemy fakt, że po wprowadzeniu do krtani rurki intubacyjnej na czas krótki, na kilka minut zaledwie, stenoza niekiedy przemija, chociażby chory żadnych błon nie wykrztusił. Krótkotrwałe zatem rozszerzenie zwężonego światła krtani wystarcza do przywrócenia prawidłowego oddechu. Wszystkie te fakty nie dają się wytłomaczyć na drodze czysto mechanicznej¹⁾, wszystkie one dowodzą, że musi istnieć inna jeszcze przyczyna, wywołująca przemijające lub długotrwałe zwężenie krtani.

Przyczyną tą według wielu bardzo autorów jest kurcz głośni. Istotnie przyznać należy, że to ostatnie przypuszczenie tłumaczy nam wiele faktów, pozostających niezrozumiałymi, jeżeli trzymać się będziemy hipotezy BRETONNEAU. Przemijający napad duszności, częstokroć nagle zaczynający się i nagle ustępujący, staje się zrozumiałym, jeżeli przypuścimy, że został on wywołany przez skurcz masy mięśni krtani. Krótkotrwałe te skurcze, stając się coraz częstszymi, mogą wreszcie przejść w skurcz długotrwały, tetaniczny. Zjawisko to rzeczywiście spostrzegamy w przebiegu dławca. Początkowo napady są nieznaczne i przedzielone dość długimi pauzami. W miarę postępu choroby pauzy te stają się coraz krótszymi, i duszność nie ustaje ani na chwilę. Niekiedy duszność ta nie ustępuje nawet po wykrztuszeniu błon.

Sam charakter czynników, pod których wpływem napad duszności wystąpić może, również przemawia za skurczowem jej pochodzeniem. Wiadomo, że napad taki pojawić się może pod wpływem czynników psychicznych, jak gniew, niepokój, przestrasz i t. d. Z drugiej strony udaje się nam niejednokrotnie złagodzić lub przerwać napad uspokajaniem dziecka. To samo osiągnąć możemy środkami narkotycznymi, jak kodeina, zalecana przez VARIOT'a, lub makowiec zalecany przez STERN'a. Znany jest także fakt, że u chorych, usypianych do tracheotomii, oddech pod wpływem chloroformu staje się równiejszy, spokojniejszy. Wprowadzenie intubacji do leczenia krupy dało nam możliwość w sposób bardzo łatwy stwierdzać za każdym razem istnienie kurczu głośni. Zwykle, wprowadzając palec poza nagłośnię, wyczuwamy wyraźnie

¹⁾ Obrzęk zapalny błony śluzowej okolicy podstrunowej, powodujący mniej lub więcej długotrwałe zwężenie światła krtani, również nie tłumaczy nam tych przypadków dławca, w których duszność występuje w postaci napadów.

szczelinę podłużną, a w tylnym jej końcu z obu stron dwa guziczki—chrząstki nalewkowe. Zupełnie inaczej przedstawia nam się krtani, gdy wykonywamy intubację podczas silnego napadu duszności. Ani chrząstek nalewkowych, jako dwóch oddzielnych tworów, ani szczeliny głosowej nie znajdujemy. Palec wyczuwa tylko jedną zwartą, nieprzerwaną powierzchnię, niekiedy wypukłą ku górze. Wprowadzenie do krtani rurki jest wtedy zupełnie niemożliwe. Po kilku dopiero chwilach oczekiwania zwarte struny głosowe rozstępują się, i wprowadzenie rurki intubacyjnej staje się możliwe. W ten sposób jesteśmy w stanie stwierdzić niezbicie istnienie kurczu głosi²⁾).

Kurcz ten powstaje na drodze odruchowej. Daje się on wywołać w sposób doświadczalny. Drażniąc u zwierząt błonę śluzową krtani lub górnego odcinka tchawicy, wywołujemy skurczowe zwarcie głosi. Podobne działanie wywierają ciała obce w krtani. W dławcu liczne wpływy powodować mogą podrażnienie krtani. Na pierwszym miejscu wymienić tu należy samą sprawę zapalną. Jestto czynnik ze wszystkich najpotężniejszy; wywołuje on kurcz głosi nie tylko w dławcu prawdziwym, lecz również i w innych cierpieniach krtani (dławiec rzekomy, zapalenie krtani poodrowe, owrzodzenia, spostrzegane czasami po intubacji i t. d.). Ten sam skutek wywołać mogą błony rzekome, znajdujące się w krtani, drażniąc błonę śluzową wprost mechanicznie. Działanie to występuje nieraz wybitnie zwłaszcza wtedy, gdy naloty zaczynają się rozpulchniać i oddzielać od ścian krtani. Kłaczki włóknikowe, wiszące swobodnie w krtani i poruszane przez prąd powietrza, działają na błonę śluzową, jak ciała obce: wywołują napad kaszlu i skurcz masy mięśniowej krtani. Ten ostatni ustaje dopiero wtedy, gdy w przystępie silnego kaszlu zostają one oderwane i wykrztuszone. Przykład ten dowodzi, że nie zawsze z faktu ustąpienia duszności po wykrztuszeniu błon wnosić możemy, że przyczyną duszności było zwięźnięcie światła krtani przez owe błony. Te ostatnie bywają nieraz bardzo małe, i cały wpływ ich polega na tem, że działają w krtani, jak ciała obce. Podobnie działać może śluz oraz błony rzekome w stanie rozpadu, zwłaszcza wtedy, gdy wskutek osłabienia chorego, wykrztuszanie jest upośledzone. Mamy tu analogię z tem, co zachodzi w dławcu rzekowym, w którym napad duszności przypisujemy podrażnieniu krtani przez śluz, spływający z jamy nosowej. Podobne przypadki zresztą nie należą do częstych.

Od czasu gdy zaczęto stosować intubację, do szeregu przyczyn, wywołujących kurcz głosi, przybyła nowa: owrzodzenia odleżynowe w krtani (*laryngitis post intubationem*), powikłanie na szczęście niezbyt częste i występujące w tych przypadkach, w których bądź intubowano zbyt długo, bądź użyto rurki nieodpowiedniego kalibru, albo też w tych, w których w błonie śluzowej krtani z powodu osłabienia ogólnego lub cierpień poprzedzających (odra) powstaje pewne usposobienie do spraw nekrotycznych³⁾. Każdy, kto miał w swej praktyce te nieszczęsne przypadki, w których po intubacji powstała w krtani odleżyna, wie, jak nagle, bez żadnego widocznego powodu pojawić się może straszny napad duszności z wciąganiem i sinicą. Pozostaje tylko niewyjaśnionem, dla czego stale znajdujące się w krtani źródło podrażnienia, jak owrzodzenie, wywołuje tylko napad duszności, nie zaś duszność niaustającą.

²⁾ Opisany tu kurcz głosi, już choćby dla swej względnej rzadkości, nie może być uważany za identyfikacyjny ze zwykłym skurczem masy mięśniowej krtani, gardzieli i podniebienia, występującym odruchowo wskutek wprowadzenia palca do gardzieli. Ten zwykły kurcz odruchowy nigdy nie staje na przeszkodzie wprowadzeniu rurki do krtani.

³⁾ Z tego powodu wielu autorów uważa intubację w krupie poodrowym za przeciwwskazaną.

Oprócz powyższego mechanizmu (na drodze odruchowej), możliwym jest, że kurcz głośni przychodzi do skutku w inny jeszcze sposób. Mianowicie sprawa zapalna z błony śluzowej *per contiguitatem* przejść może na leżącą pod tą ostatnią warstwę mięśniową, wywołując w niej nacieczenie zapalne, a w następstwie często powracające kurcze. Analogiczną sprawę znajdujemy w przebiegu biegunki krwawej lub kataru szyi pęcherza moczowego, gdzie nacieczenie zapalne wywołuje ustawiczne bolesne skurcze zwieraczy. Otóż mięśnie krtani rozpatrywać możemy, jako rodzaj zwieracza, gdyż znaczna większość ich zwęża głośnię.

W powyższem wyczerpaliliśmy wszystkie ważniejsze momenty przyczynowe, mogące powodować kurcz głośni. W każdym danym przypadku dławca przyczyny te działać mogą bądź oddzielnie, bądź kombinując się w najrozmaitszy sposób. Nie należy sobie wyobrażać, by w jednym przypadku duszność zależała od mechanicznego zwężenia błonami, w innym—od kurczu. Obie te przyczyny mogą współdziałać, lecz rola i doniosłość każdej z nich różna jest w różnych okresach choroby i u różnych osobników. Według powszechnie przyjętego mniemania, w pierwszym okresie choroby, gdy wysięk jest jeszcze nieznaczny, duszność jest niewielka i tylko od czasu do czasu się wzmacnia w zależności od krótkotrwałych napadów kurczu głośni. Stopniowo jednak wysięk staje się obfitszym, i równolegle wzrasta częstość i natężenie napadów kurczu. Jest to okres drugi. Wreszcie w okresie trzecim duszność jest nieustająca, napadów zaś nie widzimy już zupełnie, prawdopodobnie wskutek ogólnego znieczulenia. „A więc kurcz w początkach, potem wraz z kurczem zatkanie, wywołane przez błony rzekome; potem samo zatkanie (*obstruction*): taki jest w dwóch słowach mechanizm duszności w krupie, w rozmaitych jego okresach“⁴⁾. Formułka ta jednak warunkowe tylko ma znaczenie. Częstość i natężenie napadów kurczu głośni nieraz nie odpowiada jej obfitości wysięku⁵⁾, ani pojedynczym okresom choroby, pomijawszy już fakt, że podział na okresy nie zawsze występuje wyraźnie. Gra tu niezaprzeczoną rolę indywidualność chorego. Kurcz głośni, jako wyłączny lub przynajmniej przeważający czynnik duszności, najczęściej występuje u osobników z chorobliwie zmienionym układem nerwowym, a więc u małych histeryków, rachityków, dzieci alkoholików i t. d.

Kurcz głośni nie występuje sam. Przyłącza się doń często kurcz przepony, o czym świadczy znane wszystkim wciąganie miejsc przyczepu przepony. Wciąganie to, zarówno jak wciąganie jam nad i podobojczykowych oraz przestrzeni międzyżebrowych, objaśniane bywa dysproporcją pomiędzy rozszerzaniem się klatki piersiowej a zmniejszonym wskutek zwężenia krtani dopływem powietrza do płuc. Dzięki wytworzonej w ten sposób w klatce piersiowej próżni, bardziej podatne jej części ustępują ciśnieniu atmosferycznemu i zapadają się przy każdym wdechu. Nie ulega wątpliwości, że istnienie podobnej dysproporcji musi wywoływać taki skutek, z drugiej jednak strony niemniej pewnem jest, że przyczyna ta nie jest jedyna. Przemawia za tem ta okoliczność, że często wciąganie miejsc przyczepu przepony trwa w dalszym ciągu, pomimo że przeszkoda w krtani została usunięta, i powietrze napływa

⁴⁾ SEVESTRE i MARTIN. Artykuł *Diphthérie* w tomie I *Traité des maladies de l'enfance*, wydanego pod red. GRANCHER'a, COMBY'ego i MARFAN'a.

⁵⁾ Kładzie na to szczególnie nacisk VARIOT. „*Les diphthéries les plus membraneuses ne sont pas toujours les plus spasmodiques*“ (*Diphthérie et Sérumthérapie*). Paryż 1898.

do płuc w ilości wystarczającej. Gdy wykonywamy intubację w czasie silnego napadu duszności, wciąganie często nie ustaje, jakkolwiek zaróżowienie się warg świadczy o dostatecznym już dopływie powietrza do płuc. Dopiero po pewnym czasie (1—3 min.) wciąganie znika zupełnie. Faktu tego inaczej, jak skurczem przepony, kombinującym się z kurczem głośni, objaśnić nie można⁶⁾. Kombinacja ta zależy prawdopodobnie od bliskiego sąsiedztwa odpowiednich jąder ruchowych w rdzeniu.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

11. OPPENHEIM. **Przypadek guza w móście WAROL'a.** Rozbiór tego przypadku był tematem jednego z ostatnich wykładów poliklinicznych prof. OPPENHEIM'a. Chodziło tu o chorą, pannę lat 29, która w Marcu 1897 r. zaczęła doznawać nagle bez wszelkich powodów podwójnego widzenia. Objawowi temu, który po 4-ch dniach znikł zupełnie, towarzyszyło uczucie nudności, wymioty, lekki zawrót głowy. Już wtedy chora nie mogła podobno dobrze zamykać lewego oka. Przed pół rokiem chora zauważyła, że twarz jej się wykrzywia, że lewego oka zupełnie zamknąć nie może. Żadnych innych dolegliwości, oprócz częstego połowicznego bólu głowy, chora nie doznawała. Badanie przedmiotowe wykazało, co następuje. Chora doskonale zbudowana i odżywiana. Twarz przedstawia objawy zupełnego porażenia nerwu twarzowego lewego (*lagophthalmus*, wygładzenie fałdy nosowo-wargowej lewej, przeciągnięcie twarzy ku stronie zdrowej) i lekki zez zbieżny (*strabismus convergens*). Oprócz tego w porażonej stronie twarzy dają się zauważyć skurcze pojedynczych mięśni, unerwionych przez nerw twarzowy, przypominające *tic convulsif*. Uderzenie palcem lub młoteczką zwłaszcza w okolice *pes anserinus major* i w *rami zygomatici* wywołuje skurcz toniczny we wspomnianych mięśniach, a zwłaszcza w *mm. zygomatici*, *m. levator anguli oris*, *m. levator alae nasi et labii superioris*. Strona prawa zachowuje się zupełnie prawidłowo. Badanie elektryczne prądem faradycznym wykazało, że gdy po stronie prawej (zdrowej) zaledwie przy odległości cewek na 95 mm. otrzymujemy przy drażnieniu nerwu twarzowego lekki skurcz odpowiednich mięśni, to po stronie lewej już przy wzajemnej odległości cewek na 108 mm. otrzymujemy wyraźny błyskawiczny skurcz odpowiednich mięśni, nieco zaś silniejszy prąd wywołuje ich skurcz toniczny. Tak samo przy działaniu prądu galwanicznego: po stronie lewej sparaliżowanej już 2 MA (po stronie prawej 4) wywołują wyraźny skurcz mięśni twarzowych, 4 zaś MA powodują ich skurcz toniczny. Ta ożywiona pobudliwość elektryczna jak i mechaniczna dotyczy zwłaszcza, jak to było powiedziane wyżej, mięśni unerwionych przez *rami zygomatici*. Oprócz porażenia nerwu twarzowego lewego stwierdzono jeszcze porażenie nerwu rozocznego (*n. abducens*) lewego. Co było uderzającym, to fakt, że chora, śledząc oczyma przedmiot, posuwany przed nią na lewo, nie może oboma gałkami ocznymi przejść po za linię środkową, jak gdyby był sparaliżowany mięsień prosty wewnętrzny (*m. rectus internus*) po stronie prawej. Przy konwergencji jednak obydwu mięśni proste wewnętrzne działają zupełnie prawidłowo. Mamy więc tu do czynienia z zaburzeniem koordynacji ruchów gałek

⁶⁾ Od czasu, gdy na zjawisko to zacząłem zwracać uwagę, spostrzegam je u większości intubowanych przeze mnie chorych.

ocznych z t. zw. przez niemieckich autorów „*Blicklähmung*“. Żadnych innych zaburzeń chora nie przedstawia. Czuć na twarzy, zmysł smaku zupełnie zachowane. Dno oka prawidłowe. Ta swoista kombinacja objawów (porażenie nerwu twarzowego lewego, nerwu rozocznego lewego i t. zw. *Blicklähmung*), zdaniem prof. OPPENHEIM'a, upoważnia nas w zupełności do przyjęcia ogniska w moście WAROL'a, gdzie, jak wiadomo, znajdują się niższe ośrodki, warunkujące koordynację ruchów gałki ocznej (*associirte Augenbewegungen*). Wzmoczone oddziaływanie nerwu twarzowego i brak zaniku mięśni twarzowych zależy prawdopodobnie od tego, że sprawa ogniskowa dotyczy dróg tuż powyżej jądra (*supranucleäre Bahnen*).

Z powodu rozbieranego przypadku prof. OPPENHEIM szerzej omówił znaczenie dyagnostyczne zaburzeń w koordynacji ruchów gałek ocznych. Badania kliniczne zmuszają nas do przypuszczenia istnienia dwóch ośrodków dla tych ruchów w korze mózgowej (umiejscowienie bliższe nie jest nam znane — okolica ciemniowa?) i dwóch ośrodków w moście WAROL'a, niedaleko jądra nerwu rozocznego (fakt anatomiczny połączenia jądra nerwu rozocznego z gałaskami nerwu okoruchowego, idącemi do *m. rectus internus* strony przeciwnej, znany jest dość dobrze). Drogi te od ośrodków korowych biegną do ośrodków w moście, przeważnie krzyżując się, część ich nieznaczna biegnie nieskrzyżowana. Dla tego też przy porażeniu tego ośrodka w korze lub dróg korowo-jądrowych np. po stronie prawej, ulegną swoistemu porażeniu mięśni prosty zewnętrzny lewy i prosty wewnętrzny prawy, a więc oczy, a po części i głowa ustawią się ku stronie ogniska (zaburzenia te jednak wkrótce się wyrównują). W razie spraw korowych, drażniących ten ośrodek, omawiane mięśnie ulegną skurczom, i oczy ustawią się w stronę przeciwną ognisku. Przy umiejscowieniu spraw w moście WAROL'a, gdzie drogi obwodowe biegną z omawianych ośrodków, nie krzyżując się, zachodzą stosunki wprost odwrotne, niż przy zajęciu tych ośrodków w korze mózgowej: przy porażeniu np. ośrodka prawego oczy zwrócą się na lewo, przy jego drażnieniu na prawo.

Co się tyczy charakteru sprawy ogniskowej w rozbieranym przypadku, to prawdopodobnie chodzi tu o nowotwór (glejak? przymiot oprócz gumatu dawałby inne jeszcze objawy). W każdym bądź razie mamy tu ognisko bardzo ograniczone, inaczej wystąpiłaby t. zw. *hemiplegia alternans*. Oprócz demonstrowania własnych odpowiednich preparatów anatomicznych, prof. OPPENHEIM powołuje się na przypadek HUNNIUS'a, w którym jedynym objawem nowotworu mostu było porażenie nerwu twarzowego. Rokowanie oczywiście wątpliwe. Leczenie powinno się rozpocząć, pomimo braku wszelkich danych, przemawiających za przymiotem, od jodu.

(*Wykład polikliniczny. Berlin. 1899*).

St. Kopczyński.

12. J. DENYS. **Sprawozdanie z prac, wykonanych nad paciorkowcem ropnym w instytucie bakteriologicznym w uniwersytecie Louvain'skim.** Od roku 1892 w instytucie bakteriologicznym w Louvain wykonano wiele prac cennych, wyświetlających naturę paciorkowca ropotwórczego. Wyniki tych prac streszczają się w następujących punktach: MARBAIX. Jadowitość paciorkowca zależy od natężenia sprawy chorobowej w ustroju, z którego został wzięty; o ile cierpienie jest cięższe, o tyle otrzymana hodowla jest jadowitsza. — Jadowitość tegoż samego paciorkowca wzrasta się przeprowadzeniem przez ustrój zwierzęcy, słabnie i wreszcie ginie w hodowlach nieprzeszczepianych.

Hodowle mało jadowite nie są w stanie wywołać zakażenia u zwierzęcia doświadczonego, jeżeli nie dodaje się płynu drażniącego np. żółci; — dopiero przy dodaniu żółci rozwijają się; do przeszczepień następnych żółć jest już zbyt cenna. Paciorkowce, znajdujące się w jamie ustnej człowieka zdrowego, nie działają na zwierzęta, i tylko za pomocą różnych zabiegów można je uczynić jadowitymi; sprawa jest jednak

uciążliwsza, niż z paciorkowcem słabym, lecz pochodzącym od człowieka chorego. Wreszcie autor stwierdza, że niema zależności stałej pomiędzy długością łańcuszków i jadowitością.

DENYS i LECLEF. Szczepiąc wzrastające stopniowo dawki hodowli buljonowych paciorkowców, autorowie uodpornili króliki o tyle, że zwierzęta te znosiły bezkarnie dawkę 1000-krotną śmiertelną. Surowica takich zwierząt, nie posiadając zdolności bakteryobójczych, hamuje rozwój paciorkowców i nadaje ciałkom białym krwi większą moc fagocytozy. Badania dalsze wyjaśniły, że wzmoczenie pochłaniania nie zależy od szczególnej, nowonabytej własności leukocytów zwierząt uodpornionych, gdyż i leukocyty zwierzęcia normalnego potęgują swą fagocytozę pod wpływem surowicy zwierzęcia szczepionego. Po zastrzyknięciu hodowli paciorkowców do ucha królika zwykłego widziano, że leukocyty przybywały w szeregach zwartych, lecz nie opanowywały drobnoustrojów; gdy szczepiono je królikowi uodpornionemu, rozmnażanie się było mierne jeszcze przed przybyciem leukocytów, z pojawianiem się zaś tych ostatnich w miejscu zakażenia następowała energiczna fagocytoza i pohamowanie rozwoju paciorkowców. A więc królik uodporniony różni się od zwykłego przemianą dwoistą swej surowicy: pierwsza opóźnia mnożenie się drobnoustrojów, druga wzmaga ich pochłanianie przez ciałka białe krwi. W pracach następnych **MARCHAND i DENYS** stwierdzili, że także same działanie wywiera surowica konia uodpornionego na ciałka białe królika zwykłego; dalej, że, prawdopodobnie dzięki tej własności, surowica zwierząt uodpornionych, stosowana w celach leczniczych, daje wyniki lepsze, jeżeli wstrzykiwać ją w pobliżu ognisk zakażenia.

VAN de VELDE wykazał, że odporność można otrzymać, zastrzykując zarówno paciorkowce żywe, jako też hodowle filtrowane nieogrzone lub też ogrzewane przez 15 minut przy 120°.

MEUNES i DENYS, szczepiąc królikom do ucha jednocześnie paciorkowce i pneumokoki i zastrzykując im następnie surowicę przeciwpaciorkowcową lub też przeciwpneumokokową, wreszcie obydwie lub żadnej, stwierdzili, że zwierzęta można zgubić żądaniem przez badacza zakażeniem, gdyż leukocyty, zależnie od zastrzykniętej następnie surowicy, wybierają pomiędzy dwoma rodzajami mikro-bów, tak iż zwierzęta padają stosownie do woli badacza od zakażenia pneumokokowego lub paciorkowcowego, zostają przy życiu, lub też giną od zakażenia mieszanego.

VAN de VELDE dowiódł, że surowica, otrzymana ze zwierzęcia, uodpornionego jednym, chociaż bardzo jadowitym gatunkiem paciorkowca, nie posiada całkowitej swej mocy przeciw zakażeniom, wywołanym przez gatunki inne. Stosując surowice mieszane, t. j. powstałe przez uodparnianie rozmaitymi gatunkami, wzmagamy widoki powodzenia. Spostrzeżenia te wpłynęły na zmianę sposobu szczepienia koni w instytucie w Louvain: zaczęto zastrzykiwać mieszaninę odmian paciorkowców. Surowicę otrzymaną tą drogą nazwano wieloważną (*polyvalens*).

Poszukiwania **MARCHAND'a** rzucają pewne, choć słabe światło na treść jadowitości różnych odmian paciorkowców. Zastrzykując zwierzętom hodowle rozmaitej jadowitości, spostrzegamy, że leukocyty, stając do walki, wybierają odmiany słabsze, pomijając mocniejsze, czyli że niemoc leukocytów wobec odmian jadowitych nie zależy od obezwładnienia ich sprawności, lecz od pewnej nieokreślonej własności fizycznej paciorkowców jadowitych; czyli, że paciorkowiec jadowity jest to paciorkowiec, opierający się fagocytozie. — Być może, że surowica zwierząt uodpornionych zmienia te własności fizyczne odmian jadowitych i poddaje wła-

dzy ciała białych; do tegoż wniosku zdają się doprowadzać prace J. DENYS'a i J. LECLEF'a.

Niezbyt pomyślne wyniki, otrzymane przy stosowaniu surowicy MARMOREK'a, pominąwszy już fakt, że znajdowano w niej czasami paciorkowce żywe, należy tłumaczyć niewłaściwym sposobem uodparniania koni, t. j. stosowaniem jednej odmiany paciorkowca do szczepień; wreszcie surowica ta zalecana była chorym w dawkach zbyt małych. Pomimo niełaski, w jaką wpadła chwilowo surowica przeciwpaciorkowcowa, DENYS poleca ją gorąco i to w dawkach dużych (100—300 ctm. sz.). Należy próbować surowicy od chwili, gdy stan chorego jest niebezpieczny, nie wyczekując zatrucia głębokiego wytworami zakażenia, wreszcie należy starać się o surowicę t. zw. *polyvalens*.

MARCHAND i DENYS zastrzykiwali paciorkowce do jamy otrzewnowej królika i, stwierdziwszy rozwój wyraźny sprawy zapalnej, leczyli ją pomyślnie, wprowadzając do krwi surowicę przeciwpaciorkowcowa; fagocytoza była tu stwierdzona, gdy nie było jej u zwierząt kontrolujących; te ostatnie padały.

Przechodząc do strony czysto praktycznej t. j. leczenia ludzi, autor wykazuje wiele przypadków, zawdzięczających zejście pomyślne surowicy przeciwpaciorkowcowej, otrzymanej na wyżej wymienionych zasadach. Niejednokrotnie zdawało się, że zakażenie było szybko przecięte. Zastrzykiwano surowicę 10 razy w przypadkach zapalenia otrzewny po operacjach, 7 razy ustąpienie objawów miało miejsce po upływie 12—36 godzin, w 3 pozostałych nie widziano skutku, lecz w 2 chorzy byli już na progu śmierci. Działanie surowicy było również widoczne w przypadkach róży, szczególnie szerzącej się na jednym członku; zastrzykiwania robiono wtedy naokoło ogniska, i sposób ten najczęściej powstrzymywał szerzenie się zapalenia i wywoływał spadek ciepłoty w ciągu 24—36 godzin; wreszcie otrzymano wiele zejść pomyślnych w przypadkach gorączki połogowej. Zastrzyknięcia, nie przynoszące szybko poprawy, nie pozostają bez skutku, wzmagając odporność. Niezależnie od wyżej wyliczonych, prof. HUBERT i d-r POUILLON zaznaczyli 3 przypadki posocznicy, która doprowadziła chorych do stanu prawie bez nadziei, a jednak pod wpływem surowicy chorzy przyszedli do zdrowia. Niekiedy surowica po upływie kilku dni po zastrzyknięciu wywołuje pokrzywkę i bóle w stawach, lecz objawy te nie narażają chorego na niebezpieczeństwo.

(Centr. f. bakt. XXIV. B. Nr. 18—19).

L. Koziński.

13. FRIEDLAENDER. **O leczniczym stosowaniu gimnastyki w chorobach przemiany materii.** Dzięki licznym spostrzeżeniom, poczynionym w ostatnich paru latach, wiadomem się stało, iż zwiększona czynność mięśni wpływa bardzo dodatnio na przemianę materii, mianowicie zwiększa spalanie tłuszczu w otyłości, zmniejsza w podagrze gromadzenie się w tkankach soli moczanowych i t. p. Wyniki, otrzymywane przy stosowaniu gimnastyki leczniczej w wyżej wspomnianych przypadkach chorobowych, były bardzo zachęcające. Autor w obecnej swej pracy daje praktyczne wskazówki, któremi się kierować należy przy stosowaniu leczniczej gimnastyki w trzech typowych postaciach chorobowych przemiany materii: w otyłości ogólnej, podagrze i moczówce cukrowej, oraz rozpatruje wyższość tego zabiegu leczniczego nad innymi.

I. Otyłość. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że za przyczynę powstawania otyłości uważać należy obok nadmiernego dowozu materiału pożywczego, w szczególności zaś alkoholu i materii, w tłuszcz obfitujących, jeszcze też odziedziczoną lub też nabytą skłonność do tycia, jak również zmniejszoną „rozkładową” energię komórek tkankowych. Główną zaś przyczyną powstawania otyłości jest w większości przypadków, według autora, nieodpowiedni stosunek, zachodzą-

cy pomiędzy przyjmowaniem pokarmów a rozkładem, stosunek nieodpowiedni wskutek niedostatecznej działalności mięśni; z otyłością wszak prawie wyłącznie spotykamy się tylko w klasach uprzywilejowanych, gdzie praca fizyczna jest wyłączona, w klasie zaś robotniczej przypadki otyłości należą do rzadkości. Jeżeli więc niedostateczna działalność mięśni stanowi pewnego rodzaju przyczynę powstawania otyłości, to łatwo na mocy tego można wywnioskować, jak ważnym środkiem zapobiegawczym przeciwko otyłości będzie racjonalna gimnastyka, przedmiot dotychczas w szkołach tak po macoszemu traktowany. Tylko szkoły Anglii i Północnej Ameryki pod tym względem stoją na wysokości zadania. A wszak „*mens sana in corpore sano*“. W leczeniu otyłości gimnastyka również winna być postawiona na pierwszym miejscu. Autor jest stanowczym przeciwnikiem środków dyetetycznych, *resp.* kuracyi głodowej; zgadza się wprowadzić na to, iż stosowane dzisiaj w większości przypadków metody głodzenia (BANTING, EBSTEIN, OERTEL, leczenie maryenbadzkie) w przeciągu krótkiego czasu dają wyniki bardzo dobre, ale, zwracając uwagę na szkody, na jakie narażamy chorego, zmniejszając mu nienormalnie ilość pożywienia, lub też stosując *en masse* środki przeczyszczające, dodaje, iż wyniki te są krótkotrwałe, przejściowe. Tylko jedynie wyćwiczenie mięśni i wzmoczona praca mięśniowa, która powinna trwać całe życie, pozwolą nam zniszczyć nadmiar tłuszczu i przeszkodzić gromadzeniu się tegoż, innemi słowy, radykalnie wyleczyć chorego. Co się tyczy przepisów dyetetycznych, to autor ich w ogólności nie uznaje, zasadniczo wyłącza z użycia tylko jeden alkohol.

W samem stosowaniu leczniczej gimnastyki należy być oględnym. Niepodobna wszak człowiekowi otyłemu proponować: „używaj pan dużo ruchu, pracuj fizycznie“, gdy mięśnie jego otłuszczone są w pewnym stanie zaniku i nie są zdolne do pracy, gdy najmniejsze wyteżenie ze strony chorego osobnika, spowoduje zaburzenia w oddechaniu i krwiobiegu, a co zatem idzie duszność i niebezpieczne zwiększenie się już i tak istniejącej słabej działalności serca. Zadaniem tedy lekarza winno być, zwłaszcza z początku, systematyczne ćwiczenie mięśni, gimnastyka, jeżeli tak można rzec, powinna być przez niego umiejętnie dawkowana, cały układ mięśniowy brać on winien pod uwagę, nie zapominając, iż w poszczególnych przypadkach praca fizyczna powinna w zupełności odpowiadać ogólnemu stanowi chorego. Zazwyczaj leczenie rozpoczynamy od zwykłego masażu mięśni i łatwych ruchów biernych, zwiększając stopniowo ich liczbę i zakres, przechodzimy później do ruchów czynnych i odpornych. Co się tyczy porządku, w jakim należy ćwiczenia te wykonywać, to najlepiej rozpocząć od ruchów stopy i dłoni, później przejść do ruchów stawów kolanowego i łokciowego, biodrowego i barkowego, zakończyć zaś ruchami całego korpusu. Szwedzka gimnastyka, jak również gimnastyka na przyrządach ZANDER'a-THILO może być stosowana. Leczenie gimnastyką wskazane jest, dopóki mięśnie chorego nie rozwiną się należycie, wtenczas dopiero można mu zalecić chodzenie po górach („*Terraincour*“), wiosłowanie, pływanie, jazdę na rowerze i t. p. Ćwiczenia te powinien chory uprawiać przez całe życie. Należy zauważyć, iż na początku tego leczenia chorzy przybierają na wadze wskutek tworzenia się masy mięśniowej, dopiero później następuje zanik tłuszczu, zmniejszenie się wagi; leczenie to jest powolne, ale skuteczne w całym tego słowa znaczeniu.

II. Podagra. Aczkolwiek właściwa przyczyna podagry jest niewiadoma, zgodzić się jednak należy, iż życie siedzące, *resp.* niedostateczne użytkowanie mięśni, jest ważnym w tej chorobie czynnikiem etiologicznym, a tem samem w podagrze, która, nawiasem mówiąc, zdarza się dosyć często w klasie pracującej, gimnastyka odgrywa rolę środka ochronnego, zmniejsza bowiem skłonność do tego cier-

pienia. Miejsca zmartwiałe oraz miejsca nagromadzania się soli moczanowych zazwyczaj w podarze grupują się w punktach, odznaczających się szczególnie powolnym obiegiem krwi i limfy, jako to na obwodzie kończyn, w chrząstkach stawowych i t. d. Dzięki też wszystkiemu, co przyspiesza przemianę materii, a więc i gimnastyce, przeszkadzamy tworzeniu się miejsc zmartwiałych, a nawet na drodze utleniania osiągamy zniszczenie „materiału podagrycznego“. Samo zaś stosowanie gimnastyki, jak to zaznaczyliśmy już przy otyłości, należy rozpoczynać od pewnych „dawek“ pracy mięśniowej, stopniowo je zwiększać, a dopiero później przejść można do ruchów dowolnych, ćwiczeń bardziej złożonych, do czego znakomicie nadają się gimnastyczne przyrządy ZANDER'a Nr. D, E, F. Nawet w podagrze, w przypadkach zastarzałych, przewlekłych cierpień stawowych, mechanoterapia, zwłaszcza masaż, bardzo wspomaga inne zabiegi lecznicze: środki dyetetyczne, kąpiele i t. d.; gimnastyki na przyrządach stosować tu jednak nie należy, lepiej zastąpić ją masażem i gimnastyką ręczną, trzeba zachować tylko należyta ostrożność w stopniowaniu.

Absolutnie przeciwwskazane jest używanie wszelkiego rodzaju ruchu w czasie ataku podagry, z gimnastyką też wstrzymać się należy, dopóki nie miną wszystkie ostre objawy. Przeciwwskazaniem jest również zapalenie nerek. Co się zaś tyczy często spostrzeganych cierpień serca i naczyń krwionośnych, to te nie tylko nie są przeszkodą do wykonywania naszego zabiegu leczniczego, lecz przeciwnie, umiejętnie i umiarkowanie stosowana gimnastyka wywiera pomyślny wpływ na serce.

III. Moc zówka cukrowa. Cierpienie to, według EWALD'a, w $33\frac{1}{3}\%$ ogólnej liczby przypadków łączy się z otyłością ogólną. Fakt ten, jak również i to, że w warunkach prawidłowych większa część cukru ulega zniszczeniu w mięśniach, przemawia bardzo za znaczeniem gimnastyki, jako środka zapobiegawczego przeciwko tej chorobie. Stwierdzone również zostało przez ZIMMER'a, BOUCHARDAT'a i innych, iż przy zwiększonej pracy mięśniowej zmniejsza się znakomicie ilość cukru w moczu pomimo nawet niezmiennego pożywienia. To upoważnia nas do twierdzenia, iż gimnastyka rzeczywiście w moczówce cukrowej może przynieść dużo korzyści. Osobniki, dotknięte tem cierpieniem, mają zwykle mięśnie wcale nierozwinięte, słabe, przeto zadaniem lekarza powinno być wzmocnienie mięśni, uczynienie ich zdolnymi do pracy. W moczówce cukrowej trzeba brać pod uwagę możliwość zapaści, *coma diabeticum*, należy więc gimnastykę stosować nader umiejętnie, stopniować ostrożnie i zawsze być obecnym przy wykonywaniu ćwiczeń, dopiero, gdy ilość cukru w moczu zmaleje do zera, można zalecić „Terraincour“. I tutaj rozpoczynamy od masażu, przechodząc później do ruchów biernych, dowolnych. Gimnastykę leczniczą należy stosować tylko u dyabetyków, wydzielających cukier wyłącznie po spożyciu węglowodanów, w glikozurii zaś w stopniu wysokim, w albuminurii oraz w osłabionej działalności serca gimnastyka powinna być stanowczo wyłączona.

(*Zeit. für diätetische und physikalische Therapie. Band II. Heft II.*)

Mieczysław Dobrzyński.

14. Oskar WEZLER. O użyciu i działaniu roztworu metalicznej rtęci (*Hydrargyrum colloïdale*). Korzystając z odkrycia A. LOTTERMOSER'a, który przygotował przetwórz rozpuszczalnej rtęci, autor na skutek propozycji CREDÉ'go zaczął stosować ten przetwórz do celów leczniczych. Wyższość i dodatnie strony stosowania rozpuszczalnej rtęci polegają na tem, że środek ten nadzwyczajnie łagodnie działa i bynajmniej nie żrąco, prędko i pewnie wchłania się przez tkanki ustroju, nadto nie wymaga zbyt ścisłego dawkowania i nie posiada własności trujących. Przetwórz,

który autor wypróbował doskonale i wszechstronnie i który uważa za bardzo odpowiedni do użycia leczniczego, pochodzi z fabryki Heiden'a w Radebeul pod nazwą *Hydrargyrum colloidalis* i przedstawia się jako metaliczny, ciemno-bury, ziarnisty proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Stosowany był ten przetwór w następujących postaciach:

- 1) *Ung. Hydrargyri Colloidalis* WEZLER — do wcierań.
- 2) *Solutio H. Colloidalis* — 1—2% — ciemno-bury roztwór do podskórnych zastrzykiwań.
- 3) *Pillulae Hydr. Colloidalis* — 30 pigułek zawiera 0,3 H. C. do wewnętrznego użytku.
- 4) *Tablettae H. Coll.* — zawiera każda tabletką 1,0 H. *Colloid.* do przygotowania roztworów i do kąpieli w praktyce dziecięcej.
- 5) *Emplastrum H. Coll.* — do zewnętrznego użytku w obrzmieniu gruczołów i w owrzodzeniach.

Autor najbardziej zachwala metodę wcierania *Hydr. Colloidalis* w postaci maści, przy stosowaniu której otrzymywał najwydatniejsze wyniki; nadto maść *Hydrarg. Colloidalis* w krótkim czasie dokładnie się wciera i nigdy nie drażni skóry. *Hydrargyrum Colloidalis* zawieszone jest w maści w nader drobnych cząsteczkach, i sama maść posiada przyjemny zapach. Zwykle się przygotowuje 10% maść, ale, ma się rozumieć, można używać mocniejszej i słabszej.

(*Berliner Klinische Wochenschrift* Nr. 42. 1898).

S. Bronowski.

15. L. MERK. **Choroby skórne pochodzenia białkomoczowego** (*Dermatoses albuminuricae*). W związku z białkomoczem, zwłaszcza w cierpieniu przewlekłym nerek i niewyrównanej wadzie serca, występują różne zmiany skóry, z których na szczególną uwagę zasługują: pryszczycza, swędzenie, pokrzywka, rumień i wrzodzianki.

1) **P r y s z c z y c z a** (*eczema albuminuricum*) jest zwykle ściśle ograniczona, guziczkowa (*papulosum*), silnie swędząca, umiejscowiona prawie zawsze tylko na łydkach, nadzwyczaj trudna do wyleczenia, natomiast często ustępująca bez wszelkiego zabiegu lekarskiego z powstawaniem zabarwienia skóry. Trafia się przeważnie u osób w późniejszym wieku (po 40 latach). Rozwija się stopniowo, bardzo powoli przez powstawanie coraz nowych grup, składających się z guziczków przeważnie suchych, małych, wielkości ziarnka prosa, brunatno-czerwonych. Występuje wogóle w dość wczesnych okresach choroby, często dużo wcześniej nawet od obrzęków, co dowodzi, że nie tylko te ostatnie są jedyną przyczyną jej powstania.

2) **S w ę d z e n i e** (*pruritus albuminuricus*) jest najczęstszym objawem skórny choroby BRIGHT'a. Odznacza się brakiem stałego umiejscowienia, zresztą niczem nie różni się od swędzenia w ciąży, cukrówce i t. p. Wahanie w ilości białka na natężenie swędzenia nie wywierają szczególnego wpływu.

3) **P o k r z y w k a** (*urticaria album.*) występuje także bardzo często w chorobie nerek, żadnych wszakże szczególniejszych cech nie posiada.

4) **R u m i e ń** (*erythema albuminuricum*), objaw dużo rzadszy od powyższych, występuje zwykle w okresach późniejszych choroby, bardzo często już podczas mocznicy (*eryth. uraemicum*); przedstawia się zawsze jako *eryth. multiforme exsudativum* pod postacią czerwonych plam różnej wielkości, niekiedy znacznie wygórowanych pośrodku (*eryth. papulatum s. tuberculatum*), niekiedy z tworzeniem się pęcherzy (*eryth. bullosum*). Trwa zwykle parę tygodni, poczem znika sam przez się drogą łuszczenia się lub wessania.

(*Archiv f. Derm. u. Syph. B. XVIII*).

J. Widawski.

16. GRAUL. **Przyczynek do badań nad zatruciem antypiryną.** Już GUTMANN, który pierwszy wprowadził antypirynę do użytku lekarskiego, zwrócił uwagę na uboczne też działanie, mianowicie na wymioty i wysypkę. Z biegiem czasu okazało się, iż antypiryna ogrócz swoistego działania leczniczego ma jeszcze uboczne działanie bardzo nieprzyjemne, czasami wprost zatrważające, i że idyosynkrazja względem antypiryny jest wypadkiem wcale częstym. Przytaczano przypadki, gdzie po użyciu zaledwie 1,0 antypiryny następowała silna zapaść, zagrażająca życiu chorego; u dwóch innych znów chorych, cierpiących na miażdżycę tętnic i dusznicę bolesną, stwierdzono śmierć po zażyciu 1,0 antypiryny. Autor kilkakrotnie na samym sobie zauważył po zażyciu antypiryny lub też migreniny (antypiryna z kofeiną i kwasem cytrynowym) następującego rodzaju objawy zatrucia. Przedewszystkiem wkrótce po zażyciu lekarstwa (1,0 migreniny) następowało silne kichanie, w parę godzin później suchość w ustach, zjawiała się też lekka *angina* oraz wciąż zwiększające się bolesne zaczerwienienie końców palców obydwu rąk. Wieczorem tegoż dnia zjawiały się dreszcze, gorączka, działalność serca stawała się powolniejszą, w piersiach występowało ściskanie, które trwało przez całą noc. Wargi silnie nabrzmiewały, język był obłożony grubym białym nalotem, pośrodku języka zjawiała się sina plama wielkości monety jednofenigowej; plama ta okrażona była czerwoną obwódką. Na twardym podniebieniu dwa małe pęcherzyki; żucie było bardzo bolesne, tak iż możebne było tylko przyjmowanie pokarmów płynnych. Wieczorem drugiego dnia na wewnętrznej stronie obydwóch dolnych kończyn zjawiała się plamista, nie świerzbiąca wysypka, która przy naciskaniu palcem trudno ginęła. Później do wszystkich powyższych objawów przyłączały się jeszcze: *eczema madidans* na mosznie oraz lekkie obrzmienie napletka. Czwartego dnia wracała do stanu prawidłowego ciepłota, tętno oraz oddech, zmniejszał się nadzwyczaj silny ślinotok, który się rozpoczynał pierwszego dnia wieczorem, słabły i inne objawy w jamie ustnej. Wydzielanie moczu, dotychczas wstrzymane, również wracało do stanu prawidłowego. Białka, cukru, ani też krwi w moczu nie znaleziono. Pryszczycza moszny oraz wysypka trwały jeszcze prawie przez tydzień, również długo trwało nabrzmienie końców palców; skóra na nich zlekka się łuszczyła. Ze strony żołądka i kiszek żadnych objawów nie zauważono. W danym przypadku, oprócz ubocznego działania antypiryny, możemy zauważyć działanie wprost przeciwne zwyklemu, mianowicie podniesienie ciepłoty. To samo prócz autora zauważyli LAACHE, MUELLER, HAHN i wielu innych. Stosunkowo najczęściej spotykanymi objawami zatrucia antypiryną są wyżej wspomniane zmiany w jamie ustnej oraz wysypka. Autor zaleca nader ostrożnie stosować antypirynę oraz jej pochodne.

(*Deutsche Medicin. Wochensch. Nr. 3. 1899*).

Mieczysław Dobrzyński.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wydział biologiczny, chemiczno - fizyczny i statystyczno - meteorologiczny. Posiedzenie z dnia 9 lutego r. b.

Odczyt kol. FABIANA i NENCKIEGO: „O dezynfekcyi mieszkań“.

Pierwszy z mówców zapoznał słuchaczy ze sprawą odkażania mieszkań wogóle i z wynikami różnych sposobów stosowania tego środka profilaktycznego. Żaden z tych sposobów nie odpowiada i odpowiadać nie może wszystkim warunkom, jakich od dezynfekcyi mieszkań wymagamy. A wymagamy przedewszystkiem, aby znajdujące się w lokalu i wszystkich jego sprzętach drobnoustroje chorobotwórcze

zostały doszczętnie zabite, dalej, aby środek, użyty do dezynfekcyi, nie był szkodliwy dla ludzi, lub aby szkodliwość jego w sposób łatwy i pewny można było usunąć, aby środek ten po ukończeniu dezynfekcyi dawał się łatwo usunąć z lokalu; aby odkażanie nie psuło mebli, nie niszczyło barw przedmiotów, aby się dało wykonać w sposób łatwy i dla każdego dostępny, a przytem tani.

Mówca ocenia dalej działanie poszczególnych więcej używanych sposobów dezynfekcyi: za pomocą gorąca oraz rozmaitych związków chemicznych, jak sublimat, kwas karbolowy, kwasy mineralne, związki zasadowe, chlor, brom, formalina i t. p.; dłużej nieco omawia sublimat, formalinę i obowiązujący urzędowych dezynfektorów u nas — kwas karbolowy. Ocena ta doprowadza prelegenta do wniosku, że dezynfekcyi mieszkania za pomocą jednego środka dobrze wykonać niepodobna: należy używać paru lub kilku środków, zależnie od tego, co chcemy zdezynfekować. Bieliznę, ubranie, pościel chorego i t. p. odsyłać należy do kamery dezynfekcyjnej; bieliznę można przedtem zmaczać w roztworze sublimatu (1 : 1000 — 2 : 1000); przedmioty nieużyteczne, np. resztki jadła, należy palić lub zlewać roztworem jakiegoś silnie działającego środka odkażającego. Sam pokój i sprzęty, których za pomocą pary lub gorąca dazynfekować nie można, najlepiej odkażać za pomocą aldehydu mrówczanego (*Formaldehyd*).

Tak więc niezbędną jest w miastach kamera dezynfekcyjna, niezbędni są dobrze wyćwiczeni dezynfektorowie.

Będąc zwolennikiem wolności osobistej, prelegent nie uważa jednak za odpowiednie, aby wykonywanie dezynfekcyi zależało całkowicie od woli chorego lub jego otoczenia: ponieważ w grę tu wchodzi interes ogólny, społeczeństwo winno mieć możność zarządzenia przez odpowiednie organy dezynfekcyi zakażonego lokalu nawet wbrew woli jego właścicieli, byleby przytem, jak się to dzieje w Anglii, wszystkie szkody, zrządzone przez odkażanie, były szybko i w odpowiedniej mierze wynagradzane. Mieszkańcy lokalu odkażanego powinni na czas dezynfekcyi znajdować przytułek w odpowiednio urządzonych domach izolacyjnych.

W końcu kol. F. dzieli się z obecnymi wiadomością o przesłaniu przez Urząd lekarski m. Warszawy do opinii władz wyższych projektu urządzenia w naszym mieście kamery dezynfekcyjnej i domu izolacyjnego oraz powiększenia liczby odpowiednio przygotowanych dezynfektorów.

Drugi z korreferentów, kol. L. NENCKI opisał sposoby wykonywania dezynfekcyi za pomocą formaliny i przedstawił odpowiednie przyrządy. Pierwotny sposób KRELL'a, dziś już zarzucony, polegał na niezupełnem spalaniu w odpowiedniej lampce alkoholu metylowego w obecności gąbki platynowej. Wywiązuje się tu wprawdzie aldehyd mrówczany, ale z powodu braku pary wodnej gaz ten polimeryzuje szybko, przechodząc w ciało, pozbawione własności odkażających, trójoksymetylen: lampka nie dezynfekuje, jak należy. W przyrządzie SCHERING'a aldehyd wywiązuje się wskutek ogrzewania trójoksymetylenu, przygotowywanego zwykle w postaci pastylek; i tu znaczna część aldehydu daje niepożądane związki polimeryczne. Aby uniknąć polimeryzacji, SCHLOSSMANN rozpyla formalinę, t. j. roztwór wodny aldehydu mrówczanego (zwykle 40%) za pomocą kociołka LINGNER'a, a wyniki, jakie otrzymuje, są znacznie lepsze od tych, które dawały przyrządy dawnego typu. Lepiej jeszcze według SCHLOSSMANN'a działać ma pył formaliny z dodatkiem 10% gliceryny (t. zw. glikoformal), która usuwa całkowicie prawie możliwość polimeryzacji aldehydu.

Kol. NENCKI otrzymał zupełnie dobre wyniki, używając słabego względnie roztworu aldehydu mrówczanego w stanie rozpylenia. Używa on zwykle mieszaniny, złożonej z 2 litrów formaliny i 10 litrów wody, a rozpyla ową ciecz za

pomocą zmodyfikowanego przez siebie rozpylacza **DZIERZGOWSKIEGO**. Jest to kociołek miedziany o objętości kilkunastolitrowej, połączony z manometrem i mający w górnej ścianie trzy otwory, z których wychodzą trzy rury kauczukowe. Jedna z nich prowadzi do pompki tłoczącej, druga do rozpylacza, trzecia zaś łączy z rozpylaczem rurę, idącą wewnątrz kociołka prawie do jego dna. Zgęszczone za pomocą pompki powietrze wchodzi do kociołka, ponad płyn, wzmacnia ciśnienie znajdującego się tu powietrza, a wskutek tego przez trzecią rurkę płyn z kociołka przechodzi do rozpylacza. Jednocześnie przez drugą rurkę do tegoż rozpylacza przedostaje się z kociołka, z ponad płynu, powietrze pod znacznem ciśnieniem, spotyka płyn i rozpyla tak dokładnie, że wokoło wylotu rozpylacza powstaje rodzaj obłoczka. Dezynfekujący, zamknąwszy pokój i odpowiednio opatrzywszy szczeliny okien i drzwi, wprowadza w ruch pompkę i kieruje wylot rozpylacza kolejno na ściany, sufit, podłogę pokoju, jak również na wszystkie sprzęty. Do zdezynfekowania pokoju o 100 m.³ objętości wystarcza 3 litry płynu. Stroną ujemną tego rodzaju dezynfekcyi jest to, że pozostawia ona na dość długo zapach formaliny. Kol. N. usuwa tę niedogodność, rozpylając po formalinie roztwór amoniaku; dla zobojętnienia w ten sposób 3 litrów mieszaniny formalinowej wystarcza 800 ctm.³ 25% amoniaku.

W dyskusyi zabierali głos: kol. **TCHÓRZNICKI**, kol. **S. GROSLIK** oraz przewodniczący wydziału, kol. **NUSSBAUM**.

Wydział higieny miast i mieszkań. Posiedzenie z dnia 10 lutego r. b.

Kol. **MARKIEWICZ** wniósł sprawę plantacyi miejskich, zaznaczając, że w Warszawie coraz więcej nikną ogrody i wolne place. Komitet plantacyjny opracował odnośny projekt, który ma być przedstawiony p. prezydentowi miasta. Uznano, że najodpowiedniejszym jest Rakowiec, jako przyszły ogród miejski. P. **LIBICKI** zwraca uwagę, że miasto ma inne jeszcze pilne zadania: asenizacja powiśla, parku praskiego i Pragi oraz zwrócenie baczniejszej uwagi na stan higieniczny szkół miejskich. Mówca zwraca uwagę na miejscowość, zwaną Saską Kępą, gdzie mógłby powstać ładny park.

Następnie mówił inżynier **DRZEWIECKI** o szaletach i pisuarach miejskich i robi wnioski, aby pisuary były bezpłatne.

Kol. **TCHÓRZNICKI**, wygłaszając swoje uwagi w sprawie budowy ulic, zaznacza, że nowe ulice należałoby budować, urządzając podziemny korytarz sklepiony, oświetlony elektrycznością i gotowy do przyjęcia wszelkich rur i kanałów. Do korytarza winny prowadzić odpowiednie schody. Ewentualnie mogliby właściciele domów przygotowywać swój własny tunel, należący do domu, a sprawa, w ten sposób prowadzona, uprościłaby zadanie administracyi. Z powodu przemówienia kol. **T.** wywiązała się dyskusya, w której przyjmowali udział inżynierowie: **BAGIŃSKI**, **MATECKI** i **DRZEWIECKI**. Okazuje się, że podobne tunele urządzone były nie tylko w Ameryce, ale i w Europie (Paryż, Peszt), lecz zawsze na małą skalę z powodu olbrzymich kosztów.

Kol. **POLAK** w przemówieniu swoim o „bruku drewnianym“ zaznacza, że przeprowadził odpowiednie doświadczenia w laboratorium chemicznem i bakteriologicznem. Badaniu ulegały kostki bruku drewnianego, wyjęte z ulic. Mówca przekonał się, że na nierównej powierzchni bruku mieszczą się olbrzymie ilości bakterji, jeżeli materiał drewniany jest miękki, błoto wraz z bakterjami przenika do jego wnętrza. Dalej kol. **P.** badał powietrze ulic. Nad brukiem ustawiał w różnych miejscach klosze i po kilku godzinach klosze wraz z zebraniem powietrzem przenosił do pracowni, gdzie oznaczał ilość azotu, amoniaku. Chemiczne zanie-

czyszczenie powietrza materyami organicznemi, wyrażane w postaci azotu, okazało się bardzo znacznem. Kostki na środku ulicy bez porównania mniej przyjmują zanieczyszczeń i mniej dają zepsutej atmosfery, niż kostki w rowkach przy chodnikach, gdzie zatrzymuje się błoto. Z badań ilości amoniaku w powietrzu nad brukiem wynikło, że nad asfaltem ulicy Mazowieckiej w kilku doświadczeniach amoniaku nie było wcale lub ilości bardzo małe, nad kamieniem polnym znaleziono go w ilości dosyć znacznej, nad brukiem drewnianym zaś stwierdzono ilości pośrednie pomiędzy asfaltem i kamieniem polnym. Z badań tych wypada, że bruk drewniany chroni grunt od zanieczyszczeń lecz zanieczyszcza atmosferę o wiele więcej, niż bruk asfaltowy.

Wydział higieny wychowawczej. Posiedzenie z dnia 11 lutego r. b.

Kol. DOLIŃSKI odczytał szkic zapowiadzanego regulaminu higieny szkolnej. Rzec jeszcze nie wykończona. Ostateczna redakcja wraz z uzupełnieniem regulaminu będzie przedstawiona na przyszłym posiedzeniu.

Przewodniczący zapytuje, w jaki sposób ma wydział dostarczać tych broszur, komu należy.

Zgodzono się na wniosek kol. CHEŁCHOWSKIEGO, aby użyć najprzód pośrednictwa pism ludowych, które wydrukowałyby wyciągi, zaś samą broszurę — rozesłać przez pocztę.

Za inicjatywą wydziału higieny ludowej postanowiono wspólnie z nią polecić uwadze Rady Towarzystwa odezwy: jedną do p. kuratora okręgu naukowego, drugą do redakcyi „Przeglądu pedagogicznego“, uzasadniające potrzebę rewakcynacyi dzieci, wstępujących do szkół.

Następnie kol. ROSZKOWSKI odczytał szemat (treść) mającego się wypracować elementarnego podręcznika higieny i dyetetyki wychowawczej p. t. „Jak wychowywać dzieci“?

Na zakończenie przewodniczący podniósł znaczenie artykułu prof. BOGUSKIEGO w najnowszym N-rze „Światła“ w kwestyi odpowiedniości sztucznego światła dla naszego oka przy różnych zajęciach (specyalnie palników Auera). Autor rozbiera, jakie dziedziny widma wogóle i które promienie świetlne są szkodliwe, a które znów oko najlepiej znosi.

Ponieważ jest to raczej kwestya naukowa, przeto zgodzono się prosić sekcję techniczną oraz Towarzystwo lekarskie o zajęcie się tą sprawą.

J. P.

Posiedzenie wydziału szpitali z dnia 17 lutego 1899 r.

Przewodniczący T. DUNIN zaproponował, aby zająć się sprawą przeniesienia szpitala św. Rocha na plac, należący do posiadłości szpitala św. Łazarza, i sprawą rozszerzenia szpitala św. Ducha. Opracowania pierwszej sprawy zobowiązali się koledzy: CHROSTOWSKI, ŻERA i CIECHOMSKI; w sprawie drugiej zabierze głos kol. SOŁOWSKI na następem posiedzeniu.

Następnie przewodniczący odczytał odezwę wydziału higieny ludowej w sprawie szczepienia ospy wszystkim chorym, przebywającym w szpitalach Królestwa Polskiego. Powyższy środek miałby ogromnie ważne znaczenie, szczególnie wobec tego, że 10—15% chorych szpitalnych niema zupełnie ospy szczepionej. Wieloletnie doświadczenie J. SZWAJCERA w Szpitalu Zapasowym i w innych szpitalach przekonywa, że szczepienie ospy na przebieg choroby nie wywiera ujemnego wpływu ani nie napotyka na opór ze strony chorych. Nadto systematyczne stosowanie tego środka dałoby rocznie kilkadziesiąt tysięcy szczepień.

W dalszym ciągu wrócono do sprawy sanatoryjów. Tu przewodniczący zakomunikował, że na mocy Ustawy Rada Tow. Hig. może się zająć wezwaniem społeczeństwa do ofiar. Specjalna komisja zajmie się tą sprawą. Na rzecz sanatoryjów zebrano dotąd przeszło 4000 rb., oprócz 2000 rb., zadeklarowanych na posiedzeniu wydziału.

Kol. CHROSTOWSKI oznajmił, iż inż. Skibiński ofiarowuje 15 morgów gruntu o 3 wiorsty od przystanku Józefów Dr. Żel. Nadwiślańskiej. Miejscowość ta ze względu na doskonałe położenie i las nadawałaby się w zupełności na budowę uzdrowiska dla chorych piersiowych (tak bowiem wnioskodawca pragnie nazywać projektowane zakłady). Na ten cel p. St. Rotwand adwokat ofiaruje 3000 rb., a sam wnioskodawca 5000 rb. Nadto materiały budowlane zostały zapewnione, a parę tysięcy rubli zadeklarowanych. Kol. CHROSTOWSKI sądzi, że zakład mógłby już zacząć funkcjonować w jesieni r. b. Powyższy wniosek wywołał uwagę przewodniczącego, że na początek lepiej sił nie rozpraszać w różnych kierunkach, lecz zjednoczyć usiłowania w kierunku zainicjowanym przez wydział.

Przechodząc następnie do dyskusji nad odczytem DUNINA, prof. BARANOWSKI na pierwszym planie stawia pytanie, dla jakiej kategorii chorych mają być przeznaczone sanatoria. Prof. B. sądzi że należałoby mieć na uwadze średnio zamożnych, którzyby mogli płacić za pobyt 1,0—1,20 rb. dziennie, dla biednych zaś suchotników winny budować sanatoria szpitale z funduszków własnych lub funduszków Rady miejskiej. Jednocześnie zaś myśleć o wszystkich kategoriach chorych nie podobna dla braku funduszków. Z poglądem tym nie zgodzili się DUNIN, KRAMSZTYK, BĄCZKIEWICZ, Edw. ZIELIŃSKI, ZWEIGBAUM, MANDUK, zaznaczając, że nie należy mieć na uwadze jednej kategorii chorych, gdy się zwraca z wezwaniem do ofiarności społeczeństwa.

M.

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. Styczeń r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca i roku chorych 59 (m. 37, k. 22); przybyło w styczniu 107 (m. 63, k. 44); wypisało się 81 (m. 59, k. 22); zmarło 9 (m. 6, k. 3); pozostało na miesiąc następny chorych 73 (m. 41, k. 32).

Ogólna liczba chorych była większa, niż w miesiącu ubiegłym, głównie z powodu częstszego występowania ospy, odry i róży, a po części i płonicy, która pod koniec miesiąca znów coraz częściej pojawiać się zaczyna.

Najliczniejszą rubrykę w styczniu stanowiła odra, której mieliśmy przypadków 23 (m. 20, k. 3), przeważnie u starszych dzieci, z przebiegiem dość łagodnym. Śmiercią zakończył się tylko jeden przypadek z powodu powikłań. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Nowolipki 28, Długa 6 i 46, Miła 9, Rybaki 6, m. Łomża i wieś Janówek oraz 16 chorych chłopców z domu wychowawczego przy szpitalu Dzieciątka Jezus.

Drugą rubrykę, również większą, niż w miesiącu ubiegłym, zajęła róża, której mieliśmy przypadków 17 (m. 5, k. 12), z przebiegiem niezbyt ciężkim, pomyślnym. Chorzy przybyli z ulic i domów: Bielańska 21, Chłodna 38, Nowo-Senatorska 6, Złota 59, Miła 40, Plac św. Aleksandra 4, Sosnowa 12, Podwałe 12, Mostowa 12, Czerniakowska 78, Krochmalna 38, Tarczyńska 2, Fabryczna 14, Krakowskie Przedmieście 21, Wileńska 41, Piekarska 11.

Nieznaczną, choć większą nieco, niż w miesiącu ubiegłym, była liczba chorych na ospę, której mieliśmy przypadków 12 (m. 8, k. 4), przeważnie u dorosłych nieszczepionych. Śmiercią zakończyły się 3 przypadki u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Plac św. Aleksandra 12, Wałowa 1, Belwederska 3, Piękna 18, Marszałkowska 150, Więzienie na Pradze, Pawia 3, Średnia 21, Plac Warecki 8, Stalowa 8, wieś Koło i Lipki.

Częściej występowała także i p ł o n i c a, której zanotowaliśmy przypadków 8 (m. 4, k. 4), przeważnie u dorosłych z przebiegiem dosyć ciężkim. Przypadków śmierci nie było. Chorzy przybyli z ulic: Twarda 40, Chmielna 77, Ludna 16, Obózowa 5, Nowolipie 18, Leszno 24, Waliców 3, Dobra 1.

Na zaznaczenie zasługuje częstsze znów pojawianie się t y f u s u w y s y p k o w e g o, którego zanotowano przypadków 6 (m. 5, k. 1) z których jeden zakończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Wronia 4, Burakowska 19, Ząbkowska 3, Miedziana 7, Grzybowska 69, Stawki 65.

Rzadziej występował t y f u s b r z u s z n y, którego było tylko 5 przypadków (m. 2, k. 3) z ulic: Hoża 55, Górczewska 18, Freta 28, Koło i Ochota, jeden z nich zakończył się śmiercią.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 12 przypadków zapalenia gardła, 2 — grypy, oraz po jednym — gruźlicy, ostrego nieżytu żołądka i kiszek i zapalenia płuc krupowego.

Z innych chorób, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy: 4 przypadki nieżytu płuc oraz po jednym: neurastenii, raka wargi, zapalenia nerek i uwiadu starczego.

Biletów odmownych chorym wydano: z powodu niezaraźliwości choroby 15 (m. 9, k. 6); dla braku zaś miejsca 5 (m. 1, k. 4).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 22 (m. 16, k. 6).

J. Sz waj c e r.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= FUSTER zaleca, celem znieczulania ogólnego, mieszaninę z 2 części chloroformu i 1 części eteru, którą się przygotowuje przed samą operacją. Po uspokojeniu chorego każe mu się oddychać swobodnie, przykładą się maskę i czeka $\frac{1}{2}$ —1 minuty. Wówczas nalewa się 4—5 kropel, a po wyparowaniu jeszcze 6—8. Po 2—3 takich dawkach w pierwszej minucie staje się widocznem, w jaki sposób chory znosić będzie dalsze usypianie, i wówczas można w ciągu drugiej minuty nalać jeszcze 3—4 razy dawkę powyższą. Prawie zawsze znieczulenie takie wystarcza do rozpoczęcia operacyi. Od czasu do cza-

su dolewa się po kilka kropel. Z powodu szybkiego wyparowywania mieszaniny, chory wdecha dużo powietrza, skutkiem czego nie następuje zupełny sen. Sposób powyższy stosowano u starców, u chorych z rozedmą i wadami serca. U pewnego chorego w ciągu 4 godzinnego trwania operacyi zużyto zaledwo 50 grm. mieszaniny. Chorzy budzą się łatwo i odpowiadają na pytania. Czynność serca nie słabnie. (Nouveau Montpellier med. 31 lipca).

= SAINT-PHILIPPE przekonał się o wielkiej skuteczności j o d k u a r s e n u w rozmaitych postaciach żoźwów. Bezwodny jodek arsenu jest to ciało stałe,

przygotowywane drogą suchą i rozpuszczalne w wodzie. 1% roztwór jest przezroczysty, zlekką zielonkawy, nie zmienia się pod wpływem światła. W gorącej wodzie jodek arsenu rozkłada się na kwas jodowodorowy i arsenowy. Roztwór daje się wewnątrznie w postaci kropeł przed jedzeniem w łyżce kawy lub mleka ośłodzonego, albo też w czasie jedzenia w szklance wody lub wina, podnosząc dawkę stopniowo od 5 do 30 kropeł na dobę, a następnie obniżając ją zwolna; później następuje przerwa kilkodniowa, poczem rozpoczyna się stosowanie w tenże sposób. Niekiedy leczenie to powodowało biegunkę i utratę łaknienia a także pobudzenie i bezsenność, które to objawy po pewnej przerwie znikały. (Journal de med. de Bordeaux, 19 czerwca).

= SOMOGYI stosował protargol

przeciw rzeżączce w 110 przypadkach ostrych i przewlekłych. Używał zwykle $\frac{1}{2}$ % roztworu w zupełnie świeżych przypadkach, lub $\frac{3}{4}$ % w późniejszych (10—16 dni). U osobników młodych, małokrwistych, gruźliczych zalecał autor roztwór silniejszy, ponieważ nie można tu było oczekiwać dostatecznej odporności ze strony tkanek i skłonności do zagojenia. Wstrzykiwania zalecano 3 razy dziennie, a płyn miał pozostać w cewce $\frac{1}{2}$ godziny. Objawy ustępują w podobny sposób, jak przy innych metodach leczenia. Leczenie trwa 3—4 tygodni; po ustaniu wycieku musi być stosowane jeszcze 2—3 tygodni. Autor uważa protargol za doskonały środek w rzeżączce, poraż pierwszy nabytej. Przy zajęciu pęcherza stosował 3—4‰ roztwór do przepłukiwań raz dziennie. (Pest. med. — chir. Pr. 98. 40). P.

Wiadomości bieżące.

— Od Komitetu gospodarczego IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie otrzymujemy co następuje: „Z inicjatywy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa przyrodników polskich imienia Kopernika utworzył się komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w połączeniu z wystawą przyroduiczo-lekarską w lecie 1900 roku w Krakowie. Przewodniczącymi komitetu są prof. d-r K. KOSTANECKI i prof. d-r A. WITKOWSKI, sekretarzem generalnym doc. d-r St. CIECHANOWSKI, skarbnikiem d-r J. GWIAZDOMORSKI. W skład komitetu wykonawczego wchodzi dalej: prof. d-r E. BANDROWSKI, prof. d-r N. CYBULSKI, prof. d-r S. DOMAŃSKI, p. E. HELLER, właściciel apteki, inż. R. INGARDEN, prezes i delegat Tow. techn. krak., d-r A. KWAŚNICKI, doc. d-r L. KRYŃSKI, prof. d-r S. PONIKŁO, doc. d-r J. RACZYŃSKI, d-r M.

ŚLIWIŃSKI, d-r J. SURZYCKI, prof. STEINGRABER, delegat Tow. techn. krak., d-r St. TOŁŁOCZKO, prof. d-r L. WACHHOLZ, prof. d-r A. ZAREWICZ. Do pełnego komitetu gospodarczego należą oprócz już wymienionych: prof. d-r O. BUJWID, prof. d-r E. GODLEWSKI, prof. R. GUTWIŃSKI, prof. d-r H. HOYER, prof. d-r M. L. JAKUBOWSKI, prof. d-r H. JORDAN, radca dworu prof. d-r E. KORCZYŃSKI, prof. I. KRANZ, prof. d-r K. KLECKI, d-r M. KOHN, prof. d-r J. ŁAZARSKI, doc. d-r W. ŁEPKOWSKI, dyr. I. PEPELENZ, prezes Tow. im. Kopernika, prof. d-r P. PIENIĄŻEK, prezes Tow; lek., prof. d-r J. ROSTAFIŃSKI, doc. d-r A. ROSNER, prof. d-r M. RUDZKI, doc. d-r L. ŚWITALSKI, radca prof. d-r B. WICHERKIEWICZ, prof. d-r K. ŻÓRAWSKI. Skład sekcji komitetu gospodarczego zostanie później ogłoszony. Doc. d-r CIECHANOWSKI sekretarz generalny (Kraków, Karmelicka 25).

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego przyznał na posiedzeniu w dniu 17 lutego nagrody konkursowe z funduszu ś. p. protomedyka d-ra JAKUBOWSKIEGO: doc. d-rowi Ludomiłowi KORCZYŃSKIEMU za pracę pod tytułem „Pogląd na rozwój balneologii krajowej w ostatnich latach“ i d-rowi Ksaweremu LEWKOWICZOWI za pracę „o pasorzytach zimniczych“, b) z funduszu niewiadomego: studentowi medycyny Stanisławowi GÓLSKIEMU za pracę o *ciaria intestinalis*, d-rowi Ignacemu LEMBERGEROWI za pracę o „wodach studziennych krakowskich“ i d-rowi Napoleonowi KOSTANIECKIEMU za pracę „o własnościach bakteryjóbójczych surowicy różnych zwierząt“.

— Kol. Leopold LUBLINER został mianowany ordynatorem oddziału chorób gardła, krtani i nosa w szpitalu Starozakonnym w Warszawie.

— Doroczne posiedzenie towarzystwa niemieckich psychiatrów odbędzie się d. 21 i 22 kwietnia r. b. w Halli.

— Pomiędzy 25—30 września r. b. od-

będzie się w Brukselli pierwszy międzynarodowy zjazd lekarzy towarzystw asekuracyjnych na życie.

— Posiedzenie wydziału higieny zdrowotnej i miejscowości klimatycznych odbędzie się d. 24 lutego r. b. o godzinie 8 wieczorem. Porządek dzienny: 1) d-r DOBRZYCKI — O Inowłodzu, jako stacyi klimatycznej. 2) Dalszy ciąg dyskusyi nad odczytem d-ra SOKOŁOWSKIEGO. 3) Dyskusya nad odczytem d-ra K. CHEŁCHOWSKIEGO. 4) D-r ZAWADZKI—Potrzeby naszych letnich mieszkań.

— Numer pierwszy „Postępu okulistycznego“, miesięcznika wydawanego w Krakowie przez prof. Bolesława WICHERKIEWICZA, zawiera: 1) Kilka słów w sprawie rozmiękczenia rogówki u noworodków przez prof. B. WICHERKIEWICZA, 2) Ropień powieki górnej, jako przyczyna ropo-posocznicy, przez d-r J. TALKE, 3) Streszczenia; 4) z Tow. lek. zagranicznych, 5) Nowe książki, 6) Lecznictwo; 7) Rozmaitości, 8) Sprawy osobiste.

Konkurs na nagrodę D-ra Jonatana WARSCHAUERA. Akademia Umiejętności w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na nagrodę, ustanowioną przez D-ra Jonatana WARSCHAUERA, wyznaczając na temat pracy konkursowej: „Naukowe uzasadnienie organoterapii na podstawie własnych doświadczeń“. „Praca konkursowa ma zawierać zwięzły zarys historyczno-krytyczny organoterapii oraz własne doświadczenia autora. Nie wymaga się jednak, żeby doświadczenia autora obejmowały wszystkie dotychczas znane środki; owszem, autor może opracować dokładnie tylko jeden, bądź już znany, bądź też zupełnie nowy środek“. Nagroda konkursowa wynosi 1,200 złr. w. a. Prace konkursowe należy nadsyłać bezimiennie do Akademii Umiejętności w Krakowie po dzień 31. grudnia 1900 r., z dołączeniem koperty, zawierającej wewnątrz nazwisko i adres autora. Rękopis pracy i koperta mają być zaopatrzone tem samem godłem. Akademia ogłosi rozstrzygnięcie konkursu na posiedzeniu publicznem w maju 1901 r., a wypłaci nagrodę po złożeniu już wydrukowanej pracy w rocznicę zgonu d-ra J. WARSCHAUERA, t. j. 10 listopada.

W Krakowie dnia 10 lutego 1899 r.

Sekretarz generalny *St. Smolka*.

Sprostowanie: Na str. 124 w wierszu 19 od góry zamiast „biodrowych“ winno być „udowych“.

WYDAWCA DR. L. GURANOWSKI.

REDAKTOR odpowiedzialny DR. med. M. SADOWSKI.

Дозволено Цензурою. Варшава, 11 Февраля 1899 г. Друк К. Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12! do 1-ej p. p

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

W ambulatorjum codziennie otwartem od

10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Zakład Lecznicy dla chorych na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego

Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od Rs. 3—5. **Ambulatoryum** codziennie od 9—10 i od 11—12.

Cena biletu kop. 50.

Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynów 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słabości za opłatą 1 do 5 rs. dziennie: za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

BIUSTHALTER!!

Zwraca się uwagę na *patentowany Biusthalter Szyndlera*, zastępujący gorset. Jest on całkowicie miękki, nie uciska klatki piersiowej ani organów brzusznych i w zupełności odpowiada zarówno wygodzie jak warunkom estetycznym. Może on być z pożytkiem noszony nawet przez osoby *cierpiące, w poważnym stanie będące* i t. d., na co dowody posiadamy w tysiącach listów dziękczynnych.

Bliższych objaśnień na każde ządanie udziela skład przy ul. *Marszałkowskiej 118 — 1-e piętro.*

Adres dla listów:

Warszawa „Szyndlera Biusthalter“.

Dla kaszlących i osłabionych: Słodowy ekstrakt i karmelki „Leliwa”

opatrzone marką fabryczną, zatwierdzoną przez Departament Handlu i Przemysłu.

Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.