

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 49.

Warszawa d. 7 Grudnia 1907 r.

T. XXV

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { potrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEN. Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Nowa metoda ilościowego oznaczania cukru gronowego w moczu. Podał dr med. Władysław Świątecki. — O wieloogniskowych sprawach zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Podali E. Flatau, J. Koelichen i J. Skłodowski. (Ciąg dalszy). — Wykład kliniczny. P. Cornet. O nagle powstającej głuchocie. Streścił F. Gr. (Dokończenie). — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 września do 14 października b. r. — Odcinek. Wydział lekarski Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego (1817 — 1831). Zarys historyczny przez Józefa Bielińskiego. (Ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr med. Władysław Świątecki. — Une nouvelle méthode de définition quantitative du sucre dans les urines. 2) E. Flatau, J. Koelichen et J. Skłodowski. — Sur les maladies inflammatoires multiloculaires dans le système nerveux central.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr med. Władysław Świątecki. — Eine neue Methode der quantitativen Zuckerbestimmung in Harn. 2) E. Flatau, J. Koelichen und J. Skłodowski. — Ueber multiple Entzündungskrankungen im Centralnervensystem.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — Krakowskie Przedmieście 7

PRACE ORYGINALNE.

NOWA METODA IŁOŚCIOWEGO OZNACZANIA CUKRU GRONOWEGO W MOCZU.

Podał

Dr med. Władysław Świątecki.

Rzecz odczytana na posiedzeniu T. L. W. w kwietniu 1907 r.

Jeżeli mocz, zawierający cukier gronowy, zaprawić kilku kroplami stężonego ługu sodowego lub potasowego i ogrzewać do zagotowa-

nia, to przybiera on piękną barwę żółto-brunatną lub brunatno-czerwoną, co zależy od rozkładu cukru gronowego, przyczem tworzą się barwne produkty obok kwasu mlecznego (HOPPE-SEYLER) i szeregu ciał lotnych. Im więcej cukru, tem zabarwienie jest ciemniejsze. Jest to znana jakościowa próba (MOORE'a-HELLER'a).

Otóż przyszło mi na myśl, żeby próbę tę zużytkować do ilościowego oznaczania cukru gronowego w moczu.

W tym celu do dwóch probówek jednakowych wymiarów i równomiernej pojemności wlewamy jednakową ilość np. 5 — 10 ctm. sz., w jedną 1% roztworu cukru gronowego w wodzie przekroplonej, do drugiej zaś badanego moczu. Następnie do każdej probówki dolewamy po parę kropel stężonego ługu i zagotowujemy ¹⁾, trzymając równocześnie obie probówki nad płomieniem lampki spirytusowej lub gazowej. Po ostygnięciu przecedzamy próbę z moczem celem usunięcia strąconych fosforanów i, zauważywszy dokładnie ilość przesącza, dolewamy do niego stopniowo tyle wody przekroplonej, aż otrzymamy jednakowe zabarwienie w obu probówkach. Najlepiej robić porównanie przy świetle dziennem, chociaż i przy świetle sztucznem można dobrze oceniać natężenie zabarwienia w przezroczu, t. j. badając pod światło i oparłszy obie probówki dnem o biały papier. Teraz ze stosunku ilościowego objętości płynu przed i po rozcieńczeniu obliczamy procent cukru w badanym mocz. Jeżeli np. objętość przesączonego moczu równała się 6 cm. sz., a po rozcieńczeniu wyniosła 18 ctm. sz., to, oczywiście, badany mocz zawiera $\frac{18}{6} = 3\%$ cukru.

W przypadku, gdzie próba z moczem po zagotowaniu przybierze barwę bledszą, niż 1% roztwór wodny cukru, wtedy należy rozcieńczać ten ostatni, i, oczywiście, ilość cukru w mocz wyrazi się przez ułamek. Naprzykład, jeżeli roztwór wodny powiększył się dwa razy, to mocz badany zawiera $\frac{1}{2}\%$ cukru.

W celu ułatwienia porównań ilościowych należy używać probówek miareczkowanych; do porównań zaś nasilenia zabarwienia płynów lepiej, niż probówki, nadają się naczynia o równoległych ścianach. Te ostatnie sam sobie

zrobiłem ze szkieł przedmiotowych, używanych przy mikroskopowaniu.

Niedokładność podanej metody może wynikać z kilku źródeł. Przedewszystkiem z błędnego oceniania okiem natężenia zabarwienia w obu probówkach. Błąd ten atoli nie może być zbyt wielki, bo oko nasze jest dość subtelne w tym względzie. Inny błąd polega na tem, że mocz sam przez się posiada zabarwienie, dzięki czemu oznaczony % cukru wypadnie za duży. Znaczenie jednak tego czynnika maleje wobec okoliczności, że mocz dyabetyków bywa zwykle bledy, prawie bezbarwny, a zresztą, zmieszawszy mocz ze sproszkowanym węglem i przecedziwszy, można go, jak się sam przekonałem, zupełnie odbarwić.

Wreszcie najpoważniejszym czynnikiem w powstawaniu błędu może być fakt, że każdy mocz, nawet nie zawierający cukru, gotowany z ługiem, przybiera ciemniejsze zabarwienie. Zależy to od większej lub mniejszej zawartości w nim mucyny. Tę ostatnią jednak można z moczu strącić kwasem octowym i octanem ołowiu.

Metodę swoją sprawdzałem licznemi próbami z wodnymi roztworami cukru gronowego o wiadomem nasyceniu, z roztworami cukru gronowego w zdrowym mocz, wreszcie badając mocz różnych dyabetyków i oznaczając w nich ilość cukru innemi metodami, jak fermentacyjną, miareczkową z płynem FEHLING'a, wreszcie polaryzacyjną.

Otóż podana przezemnie metoda ilościowego oznaczania cukru gronowego w mocz zupełnie ściśła nie jest, dzieląc zresztą pod tym względem dołą wszystkich metod kolorometrycznych, a poniekąd i wszystkich naszych metod, których wyniki są tylko mniej lub więcej zbliżone do absolutnej rzeczywistości.

Stopień jednak dokładności mojej metody (do 1%) zupełnie wystarcza do celów klinicznych, narówni z metodą ESSBACH'a ilościowego ozna-

¹⁾ Mocz, zawierający barwniki senesu lub rzewnia brunatnieje przytem na zimno

czania białka w moczu, a może ją nawet przewyższa.

Przytem metoda moja odznacza się wielką prostotą i łatwością wykonania, zajmując bardzo mało czasu, niewątpliwie najmniej ze wszystkich innych—a „*time is money*“, jak powiada anglik.

Warszawa w grudniu 1906 r.

Z oddziału dla chorych nerwowych (E. Flatau) w szpitalu Żydowskim na Czystem i z oddziału dla chorych wewnętrznych (J. Skłodowskiego) w szpitalu Dzieciątka Jezus.

O WIELOOGNISKOWYCH SPRAWACH ZAPALNYCH W OŚRODKOWYM UKŁADZIE NERWOWYM.

Podali

E. Flatau, J. Koelichen i J. Skłodowski.

(Ciąg dalszy. Zob.—Nr 48.)

W czynności odbytnicy i pęcherza moczowego istnieją zaburzenia niezbyt wybitne. Chora zwykle uprzedza o potrzebie oddania uryny i może ją przez chwilę utrzymać, jeżeli jednak nie podadzą jej zaraz basena, to mocz odchodzi mimowoli, to samo bywa z kałem, o ile chora cierpi na rozwolnienie.

Co się tyczy organów wewnętrznych, to nad szczytami obu płuc słyszymy oddech nieokreślony bez rzężeń, w sercu zmian nie znajdujemy. Brzuch nieco wzdęty, wątroba i śledziona nie powiększone, przez ścianę brzuszną pod skórą wyczuwamy tu i owdzie niewielkie guzy, jeden z nich większy w okolicy pępka.

W okolicy krzyżowej widać na skórze zaczerwienie i powierzchowne owrzodzenie.

11. VI. Ciepłota ciała 36,4—39°.

12. VI. Chora po wannie cierpiała w nocy na silne bóle w udach, które nie dawały jej zasnąć, miewała częste skurcze w kończynach dolnych, przyczem kończyny te wyprostowywa-

ły się mimowoli. Wystąpiło stałe nietrzymanie moczu i kału. Zjawiała się odleżyna na skórze w okolicy prawego *trochanter major*.

AR lewy dość żywy, normalnego typu; prawy = 0.

Ciepłota 37,4°—36°.

13. VI. Chora skarży się na bóle w krzyżu. Poprzedniego dnia mówiła ciągle bez związku Ciepłota ciała normalna.

16. VI. Zrobiono przekłucie lędźwiowe, otrzymano przytem 5 k. cm. przezroczystego płynu, zawierającego sporą ilość białka. Ciepłota normalna.

17. VI. Po punkcji bóle w krzyżu ustały, chora spała dobrze.

21. VI. PR prawy=0, lewy żywy wywołuje się z łatwością; prawy AR = 0, lewy średnio żywy.

23. VI. PR prawy = 0, lewy zaledwie można wywołać, AR z obu stron bardzo słaby. Oddech BABIŃSKIEGO z obu stron. Odleżyna powiększa się. Zaburzenia czuciowe bez zmiany.

30. VI. PR prawy = 0, lewy żywy. AR prawy słaby; lewy żywy. Ukłuć na stopach i goleniach nie odczuwa wcale, na udach czasem odczuwa, czasem zaś nie, na dolnej części tułowia odczuwa gorzej, niż na górnej. Od czasu do czasu zjawia się nietrzymanie moczu i kału. Ciepłota 37,5°.

3. VII. Chora skarży się na silne bóle w pośladkach, rozechodzące się na tylną powierzchnię ud. Odleżyna na krzyżu pogłębia się.

8. VII. Chora nocy ubiegłej była niepokojna, wykrzykiwała jakieś zdania bez związku. Ciepłota ciała normalna.

10. VII. Chora skarży się na uczucie drętwienia w prawej kończynie górnej. W kończynie tej wystąpiło znaczne osłabienie. Chora unosi prawą kończynę górną z trudnością tylko nieco powyżej linii poziomej, zgina ją w łokciu również z trudnością, przyczem obydwie te ruchy są nader słabe i nie są w stanie pokonać nawet najmniejszego oporu, rozginanie w stawie łoż-

keiowym nieco silniejsze. Ruchy dłonią w stawie napiętkowym bardzo ograniczone i słabe, również ruchy palcami; rozsunąć palców chora wcale nie może. Odruchy ze ścięgna *m. triceps* średnio żywe z obu stron, odruchy z okostny promienia słabe. Wszystkie rodzaje czucia, nie wyłączając mięśniowego, na obu kończynach zachowane. Drżenia, ani ataksyi niema.

11. VII. Chora skarży się na senność i ogólne osłabienie. Prawa żrenica nieco szersza od lewej, obie na światło reagują bardzo słabo

29. VII. Odleżyny w okolicy krzyżowej zaczynają się goić. Chora skarży się na bolesne skurcze w prawej kończynie dolnej.

10. VIII. U chorej utworzyło się obszerne i głębokie owrzodzenie ropiejące w okolicy prawego *trochanter maj.* oraz niewielkie owrzodzenie na plecach po stronie prawej na wysokości łopatk.

18. VIII. Odleżyny powiększyły się, obie kończyny dolne bardzo obrzęknięte.

23 VIII. PR prawy = 0, lewy słaby. Podszwowego z prawej strony wywołać niemożna, z lewej odruch BABIŃSKIEHO.

25. VIII. 1905 r. Chora zmarła.

W przypadku Baumblatowej największe zmiany stwierdzono w środkowych i górnych odcinkach grzbietowych i w dolnych (VII—VIII) szyjowych. Rdzeń tutaj miejscami scieńczył i zniekształcony, gdy natomiast w środkowogórnych odcinkach szyjowych, dolnych grzbietowych i w części lędźwiowo-krzyżowej zmiany były minimalne, częstokroć dostrzegalne tylko przy badaniu drobnowidzowem. Najwyraźniej ogniska te występowały na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a (p. tablicę).

Przechodząc do wyżej położonych części ośrodkowego układu nerwowego, zaznaczyć możemy, że w pniu mózgowym na całej jego rozciągłości znajdowano przeważnie drobne, czasami tylko większe wyspy, porozrzucane w rozmaitych okolicach podstawy lub czepeca. Kształt tych ognisk i ich umiejscowienie przypominały

obrazy, znajdowane w przypadku Gurko. Ogniska te były jednak drobniejsze i liczba ich była również mniejsza.

W półkulach mózgowych nie stwierdzono zupełnie większych wysepek tkanki zmienionej. Bardzo rzadka napotymano drobne ogniska, które można było golem okiem odróżnić na pograniczu pomiędzy istotą białą i korą mózgową. Rozpatrując skrawki, barwione metodą WEIGERT'a pod mikroskopem, widać było w istocie białej i w mniejszym stopniu w korze mózgowej mnóstwo jaśniejszych punkcików lub też pasek, przedstawiających poprzeczne lub podłużne przecięcia znacznie rozszerzonych naczyń, częstokroć z również rozszerzonymi przestrzeniami dookoła naczyń.

Większe ogniska stwierdzono w mózdzku. Tutaj widać było już golem okiem większe ogniska pierwszego i drugiego typu, przeważnie w okolicach *nucleus dentatus* i w samym jego centrum. (Pozatem również w gałęziach białej istoty). Pod drobnowidzem spostrzegano również i w mózdzku, przeważnie w białej, lecz i w szarej istocie, opisane tylko co rozszerzone naczynia.

Przechodzimy do opisu zmian drobnowidzowych. Otóż na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a, ogniska te przedstawiały się, ogólnie biorąc, w postaci jasnych plam, bardzo odcinających się od otaczającej tkanki normalnej. Znajdowano jednakże, jakkolwiek bardzo rzadko, ogniska o charakterze tkanki rozrzedzonej. Ten ostatni typ spostrzegano rzadko w postaci ognisk samodzielnych, częściej zaś na pograniczu pomiędzy ogniskami jasnymi i tkanką normalną. Ogniska miały na ogół postać nieregularnych plam lub podłużnych szerokich pasem, biegnących od obwodu w głąb rdzenia. Znajdowano je w słupach boczno-tylnych, natomiast słupy przednie pozostały prawie zupełnie nietknięte. Bliższy stosunek topograficzny ognisk do tkanki normalnej jest widoczny na dołączonych zdjęciach fo-

tograficznych. Co do bliższych szczegółów mikroskopowych, to zaznaczyć należy, że zmiany histologiczne odpowiadały dwóm typom, opisany w przypadku Górko.

W ogniskach jasnych, na skrawkach WEIGERT'a, pierwszego typu tkanka normalna oddziela się ostro od wysepek sklerotycznych, lecz i w tych ogniskach widać rozproszone na obwodzie, a czasami nawet w częściach środkowych drobnutkie wysepki tkanki zachowanej. W ogniskach drugiego typu widać mniej lub więcej rozrzedzone i w mniejszym lub większym stopniu zwyrodniałe włókna myelinowe. Poza tem pragnęlibyśmy zaznaczyć jeszcze, że w korzeniach rdzeniowych widać (na skrawkach WEIGERT'a) nie tylko jaśniejsze punkciki, przedstawiające rozszerzone naczynia, lecz nawet, co prawda rzadka, drobnutkie ogniska z zanikłą tkanką myelinową. Zmiany analogiczne stwierdzono również w zewnątrzmoźgowym n. *oculomotorius*.

Następnie stwierdziliśmy w tym przypadku słaby stopień zwyrodnienia wtórnego w tylnych słupach, zaczynając od dolnych odcinków szyjowych i kończąc na *medulla oblongata*. Natomiast zwyrodnień zstępujących specjalnie w bocznych drogach piramidalnych nie stwierdzono, jakkolwiek w VI odcinku dorsalnym droga ta została w jednej połowie rdzenia całkowicie zagarnięta przez ognisko sklerotyczne.

W celu określenia charakteru zmian histopatologicznych, specjalnie zaś czasu trwania samego procesu chorobowego zaznaczamy, że na skrawkach MARCHI'ego przeważnie nie było widać zupełnie charakterystycznych czarnych bryłek zwyrodnienia. W kilku zaledwie okolicach rdzenia można było stwierdzić na pograniczu ognisk nieznaczne kępki owych bryłek i czasami w środkowych częściach ognisk drugiego typu.

Na skrawkach, barwionych metodą van GIESON'a, rzuca się w oczy wybitna rola, jaką odegrały naczynia w sprawie chorobowej danego przypadku. W ogniskach pierwszego typu

widać już przy słabem powiększeniu mnóstwo rozszerzonych naczyń, biegnących na poprzecznych przekrojach rdzenia na kształt promieni od obwodu ku istocie szarej. Nie tylko w tych ogniskach, lecz i na całym przekroju rdzenia widać zwiększoną liczbę naczyń, zarówno w istocie białej, jak i w szarej. Czasami przekrwienie jest tak silne, że cały preparat wygląda, jak gdyby naczynia były iniekowane karminem. To samo daje się stwierdzić w miękkich oponach rdzenia i w korzeniach. Same opony były nieco zgrubiałe, miejscami zrosnięte z rdzeniem. Na niektórych odcinkach rdzenia widać nieco zgrubiałe *septa piaie matris*, wgłębiające się w sklerotyczne ognisko pierwszego typu, nigdzie jednak niespostrzegano owych charakterystycznych dla *myelitis acuta et subacuta* klinów, wrzynających się od obwodu rdzenia w jego głąb i towarzyszących zgrubiałym przegrodom *piaie matris*. Analogiczny udział naczyń w sprawie chorobowej, napotykamy w pniu mózgowym, w półkulach mózgu i mózdku.

Zaznaczyć jednak należy, że w rdzeniu udział naczyń jest wybitniejszy, aniżeli w pniu mózgowym i mózgu, natomiast nasilenie zmian naczyniowych w mózdku, zwłaszcza w okolicy *nucleus dentatus*, nie ustępuje zmianom w rdzeniu. Zarówno w mózgu, jak i w mózdku z łatwością można stwierdzić znakomite zwiększenie liczby naczyń, przeważnie w istocie białej, zaś w mniejszym stopniu w istocie szarej. Miejscami liczba naczyń w korze mózgu i mózdku jest tak wielka, że skrawek, barwiony GIESONEM, czyni wrażenie preparatu, iniekowanego karminem. Analogiczne obrazy widać również w miękkich oponach mózgowia.

Co dotyczy bardziej detalicznych zmian w naczyniach, to w krótkości powiedzieć można, że najbardziej znamienym ich rysem było ich przekrwienie wraz z rozszerzeniem światła. Same ściany naczyń albo zupełnie nie wykazywały zmian wyraźnych, albo też spostrzegano w nich zgrubienie *mediae et adventitiae* (intima po-

zostawała nietkniętą). Owo zgrubienie ścian naczyń widać było przeważnie w ogniskach dawniejszych, pierwszego typu. Na skrawkach, barwionych metodą van GIESON'a i podbarwionych hematoksyliną udało się nam stwierdzić nieznaczne zwiększenie liczby jąder w ścianach naczyń i w przestrzeniach dookolonaczyniowych. Te ostatnie czasami tylko były wybitnie rozszerzone.

Pozatem zaznaczyć należy, że zarówno w bardziej zmienionych odcinkach rdzenia, jak i w bardziej zmienionych okolicach mózgowia, spostrzegano jednolite zwiększenie liczby jąder zarówno w istocie białej, jak i w szarej. Wreszcie podkreślamy ten fakt, że w niektórych, co prawda, bardzo rzadkich okolicach rdzenia i mózgowia stwierdziliśmy w naczyniach, leżących na obwodzie, typowe zmiany zatorowe (w *med. oblongata* w okolicy dolnych oliw, spostrzegaliśmy zator naczynia, leżącego w samej *raphe*). Prócz tego spostrzegano małe krwotoczki w nielicznych odcinkach środkowych grzbietowych rdzenia i w mózdzku (w okolicy większych ognisk).

Na skrawkach, barwionych metodą NISSL'a, komórki nerwowe były naogół zachowane i tylko w tych miejscach, w których istota szara była wciągnięta w proces dawniejszy, widać było zmiany. Mianowicie niektóre komórki były bardzo wybladłe, jakgdyby skurczone i pozbawione wyrostków, niektóre zaś były z lekka spęczniałe i w stanie chromatolizy. Nigdzie jednak nie byliśmy w stanie stwierdzić zmniejszonej liczby komórek nerwowych przednich rogów.

Na skrawkach, barwionych metodą BIELSCHOWSKY'ego, stwierdzono, że w okolicach ognisk widać dużą liczbę wyrostków osiowych, jakkolwiek w niektórych miejscach liczba wyrostków jest prawdopodobnie zmniejszona. Wyrostki te są przeważnie nadzwyczaj cienkie, miejscami wrzecionowato zgrubiałe, o przebiegu nierównym, grajcarekowatym. Wiele z nich

udało się prześledzić na nieznacznej tylko przestrzeni.

Wyrostków zgrubiałych było bardzo mało.

W 3 opisanych powyżej przypadkach przebieg kliniczny w swych rysach był następujący.

W przypadku pierwszym (Górko) chora, 21 letnia panna, zaczęła od roku mizernieć. W ostatnich miesiącach upośledzenie wzroku. Od 3 miesięcy osłabienie nóg, które szybko wzrastało. Od 10 tygodni—chora przebywała stale w łóżku. W tym samym czasie — bóle (darcia) w kończynach dolnych. Od 5 tygodni—drżenie rąk, zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, ślady odleżyn. W 9-ym roku życia tyfus. *Status*: Skarży się na bóle w kończynach dolnych i górnych, bóle głowy, osłabienie. *Nystagmus*. Zanik brodawki z obu stron (po stronie prawej zwłaszcza po stronie skroniowej). Zwężone pole widzenia dla kolorów białego i czerwonego w oku lewym (dla innych nie było badane). W kończynach górnych — powolność i niezręczność ruchów palców. Wyraźne drżenie zamiarowe. Odruchy ścięgnowe i okostnowe żywe. Osłabienie tułowia. Odruchy brzuszne zniesione, kończyny dolne prawie całkowicie bezwładne (ślady ruchów). PR prawie zniesione (po kilkakrotnem uderzeniu—leniwy skurecz m. *quadriceps*). AR — zniesione. Odruch BABIŃSKIEGO po stronie lewej. Mimowolne zginania lewej kończyny dolnej. Zmiany czucia dotyczyły kończyn dolnych i tułowia. Wykazywały wyraźny typ dystalny.

Najmniejsze były zmiany bólowe, większe — dotykowe i jeszcze większe — cieplikowe. Zmysł mięśniowy upośledzony w stopach. Zaburzenia w oddawaniu moczu i kału. Rozległe odleżyny.

Podczas pobytu w szpitalu znikły doszczętnie ruchy w stopach, znikł również objaw BABIŃSKIEGO. *Nystagmus* stał się jeszcze wyraźniejszy. Silne bóle w potylicy i w

rękach. Śmierć po 5 tygodniowym pobycie w szpitalu.

W p r z y p a d k u d r u g i m (Gyja) chora, 28 letnia, panna, miała przed 3 laty dużo zmartwień. Przed 2 laty — napady płaczu i śmiechu, których nie mogła powstrzymać. Uczucie drętwienia w kończynach dolnych oraz ich osłabienie. Przed rokiem — opadanie prawej powieki. Wtedy też zjawilo się po bardzo silnym przestrawieniu (wybuch bomby) drżenie całego ciała. Utrudniona mowa, wykrzywienie twarzy w lewą stronę (po miesiącu objaw ten ustąpił). Szybko w przeciągu dnia mijające napady zupełnego bezwładu w całym ciele. Niebolesne skurcze nóg. Osłabienie pamięci. Duża emocjonalność.

Status. Skroniowy zanik brodawek. *Nystagmus.* Słaba reakcja źrenic. Drżenie za miarowe w kończynach górnych przy normalnej ich sile i normalnie zachowaniem czucia. Średnio żywe odruchy. Powolne i chwiejne ruchy tułowia. Brak odruchów brzusnych. Chód bardzo utrudniony (chód nader chwiejny, sztywny, sprężynowy). Siła mięśniowa lewej kończyny dolnej niezła, prawej — znacznie mniejsza. Czucie zachowane. *Clonus patellae et pedis.* Obustronny BABIŃSKI. Lekkie zaburzenia w urynowaniu.

Podczas pobytu w szpitalu (4½ miesięcy) chora chwilami nie mogła zupełnie chodzić (wzruszenie!), bezwład ten mijał jednak. Pod wpływem wzruszenia występowały głębsze zaburzenia pęcherza. Wybitna emocjonalność i lękliwość, nastrój często przygnębiony, myśli o smutnych wydarzeniach życia. Kilka dni przed śmiercią zjawila się gorączka (39,6°), wymioty, prawie zupełny bezwład dolnych kończyn, zatrzymanie moczu (w narządach wewnętrznych nie stwierdzono żadnych zmian, w urynie dużo ciałek ropnych). Majaczenie. Temperatura podniosła się w przeddzień śmierci do 40,4°.

W p r z y p a d k u t r z e c i m (Baum-

blat) chora, 53 letnia kobieta, zaczęła doznawać przed 10 laty bólów w prawej kończynie dolnej. Przed 5 laty — stopniowe osłabienie tejże kończyny. Przed kilkoma tygodniami nagle ugięły się pod chorą obie nogi, upadła, nie tracąc przytomności, po chwili wstała i z trudnością dowlekła się do łóżka. Od tego czasu — *paraparesis inferior*, mimowolne skurcze, parestezye, przejściowe zaburzenia pęcherza i odbytnicy. *Lues negatur.* *Status.* Minimalna reakcja źrenic. Nerwy czaszkowe nie zmienione. Prawa kończyna górna nieco osłabiona. Znaczne osłabienie tułowia. Brak odruchów brzusznych. Zaburzenia czucia na tułowiu (osłabienie czucia dotykowego i bólowego, zaczynając od linii sutkowej). Kończyny dolne prawie bezwładne (prawa — zupełnie, w lewej — nieznaczne ruchy, które się szybko wyczerpują). Zwiększone napięcie mięśniowe. Osłabienie czucia dotykowego i bólowego na całych kończynach i termicznego — na stopach i gołeniach. PR prawy zniesiony, lewy osłabiony. AR prawy zniesiony, lewy — w postaci dorsalnej fleksji stopy i lekkiego zgięcia całej kończyny. Niezbyt wybitne zaurzenia pęcherza i odbytnicy.

Podczas pobytu w szpitalu chora miewała silne bóle i skurcze w kończynach dolnych, nastąpiło stałe nietrzymanie kału i moczu, zjawily się odleżyny, chora majaczyła od czasu do czasu, skarżyła się na parestezye w prawej kończynie górnej. Kończyna znacznie osłabła. Śmierć nastąpiła po 3 miesięcznym pobycie w szpitalu.

Reasumując spostrzeżenia powyższe, powiedzieć możemy w krótkości, co następuje:

Co do przebiegu klinicznego, to pierwszy nasz przypadek (Górko) przebiegał dość ostro. Cała sprawa rozwinęła się w przeciągu kilku miesięcy. Pacjentka na pierwszy rzut oka czyniła wrażenie chorej na ostrą sprawę myelityczną z głębokimi odleżynami i t. d. Dopiero przy bliższem wpatrzeniu się dostrzegliśmy,

że istnieją takie objawy, jak zanik tarczy wraz ze zwężeniem pola widzenia, *nystagmus*, drżenie zamiarowe rąk. Objawy te wraz z danymi anamnestycznymi (wczesne upośledzenie wzroku) pozwoliły nam rozpoznać rozlane cierpienie ośrodkowego układu nerwowego. Na podstawie analogii tego przypadku do innych, opisanych przez nas uprzednio, rozpoznawaliśmy za życia chorej *sclerosis multiplex acuta s. sub-acuta*.

Drugi przypadek przebiegał jako najbardziej typowa, klasyczna *sclerosis multiplex*. Rozwijał się w przeciągu 2—3 lat. Dość niezwykle były objawy początkowe (opadanie powieki, wykrzywienie twarzy) i objawy końcowe (wysoka gorączka wraz z majaczeniem).

Przypadek trzeci był pod względem klinicznym niewyraźny. Sprawa rozwijała się od 5 (być może nawet od 10 lat), początkowo bardzo powoli, następnie zaś z gwałtownym pogorszeniem w postaci dolnej paraplegii. Sądziliśmy, że jest to jakaś sprawa myelityczna, bez bliższego określenia tła samego procesu chorobowego.

Jakie zmiany wykazało badanie pośmiertne układu nerwowego tych 3 chorych?

W przypadku I-ym (Górko) stwierdzono rozsiane ogniska w całym ośrodkowym ustroju nerwowym. W mózgu i w mózdzku były to bardzo małe ogniska, przeważnie w istocie białej, w bliskości kory; prócz ognisk stwierdzono punkcikowate i pasemkowate otworki i szpary (przekrój naczyń otoczonych znacznie rozszerzonymi przestrzeniami dookołanaczyniowymi). W pniu mózgowym — rozsiane zupełnie nieregularne większe lub mniejsze ogniska o typie wybitnie sklerotycznym. W rdzeniu największe

zmiany w środkowych odcinkach grzbietowych. Bardzo nieznaczne zajęcie słupów przednich. Prawdziwe zwyrodnienie w tórne zstępujące w bocznych drogach piramidowych. Brak wyraźnego zwyrodnienia wstępującego. Badanie mikroskopowe wykazało na skrawkach WEIGERT'a typowe ogniska (jak w *sclerosis multiplex*). Na skrawkach MARCHI'ego — bardzo mało bryłek zwyrodnienia. Na skrawkach v. GIESON'a widać było typową sklerozę (rozrost neuroglei, zwiększoną liczbę jej jąder, komórki DEITERS'a), zgrubienie naczyń (*mediae*, *adventitiae*) oraz wybitnie rozszerzone przestrzenie dookołanaczyniowe. Nacieczenie drobnokomórkowe występowało zrzadka (prawie wyłącznie w ścianach naczyń). Opony miękkie wykazywały w rdzeniu, nieznaczne zgrubienia i miejscami dość wybitne nacieczenia (nigdzie nie stwierdzono silniejszych zrostów z obwodem rdzenia). Zmiany analogiczne, jakkolwiek mniej intensywne w oponach mózgu. Zrazikowato — pokureczony obwód rdzenia, szczególnie w okolicach najbardziej dotkniętych.

W pniu mózgowym — ogniska świeższe (większa infiltracja naczyń i ich okolic). Specjalnie w mózgu i w mózdzku widać było w niektórych ogniskach wyraźny związek z naczyniami. Wygląd dziurkowany w istocie białej (w mniejszym stopniu w korze). Posługując się metodą NISSL'a, stwierdzono przeważnie dobrze zachowane komórki w środkowych odcinkach dorsalnych — niektóre bardzo blade komórki oraz, być może, zmniejszoną nieco liczbę komórek. Chromatoliza niektórych komórek w zgrubieniu łądźwiowym wraz z ekscentrycznym położeniem jądra i zaokrągleniem konturów.

(C. d. n.)

WYKŁAD KLINICZNY.

P. CORNET.

O NAGLE POWSTAJĄCEJ GŁUCHOCIE

Streścił

F. Gr.

(Dokończenie.—Zob Nr. 48).

Z klinicznego punktu widzenia ważną rzeczą jest pamiętać, że przejawy cierpienia mogą wystąpić bez wyraźnej jakoby przyczyny, i że ostra sprawa ropna w błędniku wcale nie musi być następstwem sprawy takiegoż charakteru w uchu średnim. Przeciwnie *Pyolabyrinthitis* czyto ostre, czy przewlekłe, pojawiają się przeważnie jako powikłanie przewlekłych spraw ucha średniego, spraw gruźliczych, perlakowych. (*Cholesteatoma*).

Symptomatologia ze względu na pewne niedokładności w nauce o pyolabyrinthitach nie jest jeszcze należycie ustalona. Wogóle cierpienie z początku zaznacza się zazwyczaj nagłym udaropodobnym zawrotem menierowskim — po przejściu ataku u chorego stwierdzić się dają objawy podrażnienia błędnikowego: uskarża się on na uczucie zawrotu głowy, które zmusza go do pozostawania w łóżku, szum w uszach — wreszcie słuch słabnie, i zupełna głuchota ujawnia się nieraz już po kilku godzinach. Wnet jednak objawy ogólne biorą przewagę nad miejscowymi, stwierdzić się daje gorączka z temperaturą jednak zazwyczaj nie wiele co wyższą nad 39°, tętno staje się szybkim, a chory przygnębionym — to zjawia się bredzenie, to znów przytomność powraca, wreszcie chory zapada w śpiączkę. Objawy zapalenia opon mózgowych powstają tu skutkiem szerzenia się sprawy ropnej, (której szerzeniu w tej postaci nie staje na przeszkodzie nowotworzenie tkanki łącznej) drogą przewodów, otwierających się do jamy czaszkowej, zwłaszcza drogą przewodu słuchowego wewnętrznego. Przypadki takie kończą się

zejściem śmiertelnem. Wobec powyższego obrazu choroby, *resp.* ze względu na wczesne szerzenie się infekcyi na błony mózgowe, rozpoznanie, o ile dany przypadek obserwuje się w początkowym okresie choroby, nie jest trudne. Objaw MENIÈRE'a domaga się ścisłego badania ucha, a wykazanie w takim razie ropienia ułatwia rozpoznanie i zarazem źle każe wróżyć o zejściu.

Z powyższych też względów lekarz, jeśli po raz pierwszy dopiero widzi chorego już w posuniętym okresie meningealnym, powinien zawsze w takich razach mieć na uwadze ewentualność poczęcia się sprawy chorobowej w uchu. Zastrzeżenie to tembardziej zasługuje na uwagę, że w ostatnich czasach chirurgii nieraz udawało się święcić tryumf w przypadkach zapalenń oponowych, których źródło kryło się w narządzie słuchowym.

Co do pyolabyrinthitów niezależnych od spraw ropnych ucha średniego (II), to te bywają jak podano wyżej, albo pierwotne, albo też są następstwem *meningitidis cerebro-spinalis*. Pyolabyrinthity, wnikające zapalenie opon mózgoworodzeniowych, aż nadto dobrze są znane, i rzeczą jest ogólnie wiadomą, że z choroby tej wyzdrowiewający często nazawsze zostają głuchymi.

Kwestya nieco inaczej się przedstawia co do pyolabyrinthitu pierwotnego. Niektórzy autorowie wprost zaprzeczają istnienia tej postaci cierpienia błędnikowego i starają się dowieść, że w przypadkach tego rodzaju sprawę ropną w błędniku poprzedzało *meningitis cerebro-spinalis* w postaci nierozwiniętej, i że wskutek tego zmiany w uchu wewnętrznym — *resp.* głuchota — pozostały tu jako jedyny ślad sprawy meningealnej. Na korzyść jednak istnienia postaci pierwotnej przemawiają spostrzeżenia: POLITZKE'a (u dziecka 7-io letniego), BAGIŃSKIEGO (u dziewczynki 13-to letniej). VOLTOLINI z Wrocławia był pierwszy, który opisał (w r. 1882). *Pyolabyrinthitis acut. primit.*

Dotknięte tu zazwyczaj bywają dzieci od 3—13 lat. Dziecko w przypadku takim, do-

tańd zdrowe, dostaje nagle gorączki, bólu głowy i doświadcza szumu w uszach i zawrotu głowy — wpada w stan przygnębienia — samowiedza jednak pozostaje niezakłóconą. Tegoż jeszcze dnia lub nazajutrz, a najpóźniej trzeciego dnia stwierdzić się daje przytępienie słuchu, które wnet przechodzi w zupełną głuchotę. Głuchota bywa tu obustronna. W przypadkach takich łatwo nasuwa się podejrzenie, że się ma do czynienia z *meningit. cerebro-spin.*, zwłaszcza wobec głuchoty i braku zmian chorobowych w uchu zewnętrznym i średnim. Rzecz się jednak wkrótce wyjaśnia: stan ogólny się nie pogarsza, wyraźnych objawów *meningitidis*, zwł. objawu KERNIG'a brak, wreszcie około 7-go dnia gorączka ustępuje, ból głowy takż, zawroty i szum w uszach łagodnieją, wreszcie znikają — pozostaje jedynie głuchota. W rozróżnieniu tej postaci *phylolabyrinthitis* od *meningitidis cerebro-spinalis* należy nadto brać pod uwagę, że w *meningitis* zaburzenia ze strony ucha nie pojawiają się zaraz z początku choroby, lecz dopiero później, w dalszym jej przebiegu, — że *otitis interna primit.* okazuje się zawsze cierpieniem sporadycznym i że spostrzega się u dzieci, *resp.* przed okresem dojrzałości płciowej, *meningitis cerebr. spin.* zaś jest chorobą nagminną, dotyka nie tylko dzieci, lecz i dorosłych, — że *otitis int. pr.* jest chorobą krótkotrwałą, że więc ustępuje prędko — z wyjątkiem głuchoty, którą pozostawia w spuściźnie, *meningitis* zaś trwa znacznie dłużej i często kończy się zejściem śmiertelnym.

Pozatem decydujące znaczenie, lecz w pewnej mierze (porówn. *Annales des Maladies de l'oreille* 1905 r. 2-e semestre, p. 482) może tu mieć drobnowidzowe badanie płynu mózgodziennego.

Szybko powstająca głuchota na tle syfilitycznym spostrzega się bądź to we wtórnym okresie przymiotu nabytego, bądź to jako przejaw przymiotu dziedzicznego późnego.

W przymiocie nabytym może się ona spostrzegać wcześniej nawet przed zjawieniem się oznak tegoż na skórze i błonach śluzowych. POLITZER i CHARAZAC notują 2 przypadki nagłego ogłuchnięcia już w kilka dni po ujawnieniu się wrzodu syfilitycznego, — zazwyczaj jednak notuje się ona dopiero później, w okresie między 6-ym miesiącem a 2-ma laty od czasu pojawienia się wrzodu pierwotnego.

W przymiocie dziedzicznym zaburzenia słuchowe (wraz z nieprawidłowościami zębowymi oraz zapaleniem rogówki [*keratitis interstitialis*] składają się na znamieny kompleks Hutchinsonowski), nie pojawiają się przed okresem dojrzałości płciowej. Według GRADENIGO'a spostrzegają się one częściej u kobiet, niż u mężczyzn (stosunek 5:2).

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych, leżących w podłożu głuchoty na tle syfilitycznym, te, jak dotąd, nie są jeszcze dostatecznie wyświetlone. W przypadku Moos'a — tycającym się syfilisu nabytego *resp.* kategorii ogłuchnięć syfilitycznych szybko postępujących (progresywnych) — chory tu ogłuchł w ciągu 6-u dni, a zmarł z choroby przygodnej — stwierdzono nacieczenie drobnokomórkowe okostny *vestibuli*, *laminae spir. membranaceae*, a w organie CORTI'ego było ono tak silne, że niepodobna było odróżnić oddzielnych elementów tegoż. Pień nerwu słuchowego pozostał nienaruszonym.

Autor sądzi, że w przypadku tym sprawa prawdopodobnie polegała — przynajmniej w ślimaku — na nacieczeniu okołonaczyniowym, wywołanem obecnością w naczyniach zatorów z *trepanoma pallidum*, podobnie jak według VEILON'a i GIRARD'a ma to mieć miejsce w plamkach różyczki syfilitycznej.

W przypadkach zaś, w atorych głuchota powstaje nagle, predylekcyą, jaką przymiot okazuje w lokalizacyi swojej naczyniom, upoważnia do przyjęcia, że powstaje ona skutkiem krwotoku, spowodowanego pęknięciem tętniczki w błędniku.

W przymiocie dziedzicznym BARATOUX stwierdził *endarteriitis obliterans* tętniczek błędnikowych z rozszerzeniem naczynka poza przeszkodą — skąd pęknięcie tegoż i wylew krwawy do ucha wewnętrznego. Zdaniem POLITZER'a każdy przypadek nagłego ogłuchnięcia (głuchota) z osłabieniem lub zniesieniem percepcyi kostnej, z nienaruszonym przewodem słuchowym zewnętrznym i bez zmian w uchu średnim — kłaść należy na karb przymiotu. — Głuchota ujawniać się może mniej lub więcej szybko.

W typie I. (s z y b k o p o s t ę p u j ą c e j g ł u c h o t y) obraz choroby szybko rozpoczyna się bólem głowy, szumem w uszach, który wkrótce przybiera charakter, zbliżony do dźwięków muzycznych — jak dzwonięcie, gwi-

zдание, śpiew ptaków. Obraz ten uzupełniają zawroty głowy, pojawiające się mniej lub więcej szybko, zależnie od sposobu i szybkości szerzenia się zmian patologicznych w błędniku. Głuchnienie zaznacza się tu zaraz z początku, potęguje się coraz bardziej aż do zupełnej głuchoty, (w przypadku ROSIER'a w dwa, w przypadku FOURNIER'a w trzy, a w przypadku MOOS'a w sześć dni).

W przypadkach drugiej kategorii typu krwotocznego — nagłych — sprawa zaczyna się udaropodobnym zawrotem Menierowskim — choroby po przyjsciu do przytomności okazuje się zupełnie głuchym.

Badanie wziernikiem w obydwóch postaciach głuchoty zmian w uchu nie wykrywa, aczkolwiek istniejące już przed infekcją przymiotową szczególnie uspasabiają do lokalizacji tu syfilisu (*locus minor. resistentiae*). Pozatem HENNEBERT opisuje *myringitis interstitialis* (jako sprawę analogiczną z *Keratitis interstitialis*). Jeśli przyczyna głuchoty kryje się w zniszczeniu elementów CORTI'ego, próba przewodnictwa kostnego dalekiego wypada ujemnie. W przypadkach głuchoty, spowodowanej krwotokiem, gdzie jednak zakończenia nerwu słuchowego ocalały, osobnik dotknięty rozróżnia dźwięki kamertonu, opartego na rzepce. Afekecja może tu być jednostronna lub obustronna; w ostatnim przypadku oznaki jej zazwyczaj powstają na-przód w jednym, a potem dopiero w drugim uchu.

Rokowanie co do głuchoty na tle syfilitycznem — zgodnie z orzeczeniem FOURNIER'a — jest wogóle niepomysłne: szum, zawroty zwolna ustępują — głuchota pozostaje. Bądź co bądź, leczenie specyficzne winno być niezwłocznie przedsięwzięte, szczególnie w przypadkach, nie spowodowanych krwotokami, tembardziej, że w wielu z nich, zwł. takich, w których głuchota

powstawała w okresie niezbyt długim po ujawnieniu się wrzodu pierwotnego, udawało się osiągnąć bądź to wyleczenie (rzadko), bądź to mniej lub więcej znaczną poprawę.

W macinnictwie spostrzegają się poza przypadkami przytępienia słuchu (*hypoacusis*) ogłuchnięcia nagle jednostronne lub obustronne, aczkolwiek rzadko bardzo zupełne. Nie spostrzega się jednak tutaj jednocześnie z ujawnieniem się głuchoty objawów podrażnienia błędnika, t. j. zawrotów i szumów; w rozpoznawaniu tej postaci głuchoty brak szumu owego, zdaniem CHAVANNE'a i CASTEX'a, szczególnie należy brać pod uwagę.

Głuchota, powstająca tu zazwyczaj nagle, cechuje się brakiem zmian chorobowych w uchu, aczkolwiek pamiętać należy, że istniejące już tu jakaś afekecja lub ropienie w uchu średnim sprzyja u osobnika, dotkniętego neurozą, lokalizacji tejże w narządzie cierpiącym. W przypadkach *hypoacusis hysterica* percepcja drogą krabiotympaniczną bywa zawsze bardzo osłabiona, w głuchocie zaś wibracje kamertonu tą drogą nie dochodzą do świadomości. Według CHAVANNE'a zaburzenia słuchowe nie dają się też tu wiązać co do lokalizacji z zaburzeniami czuciowymi np. w przypadkach hemianestezji — przytępienie słuchu lub głuchotę jednostronną spostrzegano po tejże stronie, co zaburzenie czuciowe lub po stronie drugiej. Toż samo tyczy się stosunku zaburzeń czuciowych ucha zewnętrznego — anestezja jednak przewodu kostnego i błony bębenkowej bywa wyjątkowo. Zaburzenia słuchowe notują się w macinnictwie bądź to w uchu, dotkniętem anestezją, bądź w uchu od niej wolnem.

(Archives Gener. de Medecine, N. 37. 1906).

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 września do 14 października 1907 r.

Epidemia ospy w miesiącu sprawozdawczym wzrasta, dziennie przybywa do szpitala od 2—7 chorych ospowych, pomiędzy nowo-przybyłymi w tym miesiącu było 24 (14 m. 10 k.), wcale nieszczepionych od urodzenia.

Chorych na gorączkę powrotną w miesiącu sprawozdawczym przybyło 12 (1 m. 11 k.), co przemawiałoby, iż epidemia gorączki powrotnej jeszcze zupełnie nie wygasła.

Ogółem z poprzedniego miesiąca pozostało 95 (39 m. 56 k.) chorych, przybyło nowych 134 (61 m. 73 k.), wyzdrowiało 110 (47 m. 63 k.), przeprowadzono do innych szpitali stosownie do rodzaju choroby 2, zmarło 10 (5 m. 5 k.), na miesiąc następny pozostało 107 (48 m. 59 k.).

Dni szpitalnych przebyli chorzy 3181 (100 m. 1370 dni, 129 k. 1811 dni).

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym przybyło 134 (61 m. 73 k.) chorych, z poprzedniego miesiąca pozostało 95 (39 m. 56 k.), wyzdrowiało 110 (77 m. 63 k.), przeprowadzono do innych szpitali stosownie do rodzaju choroby 2 k., na miesiąc następny pozostało 107 (48 m. 59 k.).

Stosownie do postaci ostrej infekcyi było chorych na:

O s p ę: z poprzedniego miesiąca pozostało 35 (20 m. 15 k.), przybyło nowych 56 (29 m. 27 k.), w tym wcale nieszczepionych 24 (14 m. 10 k.), zmarło 6 (4 m. 2 k.), na miesiąc następny pozostało 50 (26 m. 24 k.). Zejścia śmiertelne w poszczególnych przypadkach nastąpiły: w 1-ym przypadku u chłopca 1 r. 2 m., syna szewca, wyznania Mojżeszowego, nieszczepionego (postać ospy przypominająca ospę krwotoczną) po tygodniu choroby; w 2-im u kobiety 1. 22, żony stolarza, katoliczki z Nowo Czystego, skutkiem formy krwotocznej ospy; w 3-im u syna stróża, katolika 7-ju lat, skutkiem formy ospy zlewającej się; w 4-ym u 4 letniego chłopca, nieszczepionego od urodzenia, skutkiem formy zlewającej się; w 5-ym u chłopca 1 r. 4 m., katolika, nieszczepionego od urodzenia, skutkiem po-

wikłania ospy zapaleniem płuca prawego po 10-ju dniach choroby.

Dni szpitalnych przebyli chorzy ospowi 1284 (49 m. 652 dni, 32 k. 632 dni).

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Bugaj 25, 15, Burakowska 15, Brzozowa 2, Czerniakowska 42, Dzielna 65, Franciszkańska 21, Górczewska 5, Grzybowska 58, Jasna 10, Kowieńska 30, Krochmalna 73, 89, Koszykowa 23, Leszno 102 (3 przyp.) 140, Mokotowska 61, Moniuszki 6, Nowolipki 75; 76, Nowolipie 34, 55 (2 przyp.), Nowiniarska 16, Nowowska 10, Ostrowski 11, Pawia 64, 78, Piwna 34, 39, 41, Pańska 13, Plac Warecki 10, Piękna 49, Stawki 49, Ś-to Jerska 14, Targowa 36, Towarowa 29, 51, 59, Wilcza 23, Wolska 23, Złota 37, 60, Żelazna 95.

T y f u s b r z u s z n y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 14 (9 m. 5 k.), nowych chorych przybyło 11 (7 m. 4 k.), wyzdrowiało 9 (5 m. 4 k.), 1 k. 1. 13 katoliczka zmarła skutkiem powikłania zapaleniem opony mózgowej (autopsya), na miesiąc następny pozostało 15 (11 m. 4 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy na tyfus brzuszny 504 (16 m. 337 dni 9 k. 167).

Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Browarna 20, Czerniakowska 87, Dzielna 49, Miła 11, Wronia 19 i ze wsi Wola, Marki i Utrata.

G o r ą c z k a p o w r o t n a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 5 k., przybyło nowych 12 (1 m. 11 k.), wyzdrowiało 12 (1 m. 11 k.), na miesiąc następny pozostało 5 k. Dni szpitalnych przebyli chorzy 212 (1 m. 19 dni, 16 k. 193 dni). Przybyli chorzy z następujących ulic i domów: Bonifraterska 21 (2 przyp.) Krochmalna 55, Miła 4, 39, 46, Nowokarmielicka 8, 14, 18 (3 przypadki), Pańska 47.

T y f u s w y s y p k o w y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 5 (2 m. 3 k.) chorych, którzy w miesiącu sprawozdawczym wyzdrowieli.

R ó ż a. Z poprzedniego miesiąca pozostało 24 (5 m. 19 k.), przybyło nowych 26 (11 m. 15 k.), wyzdrowiało 22 (8 m. 14 k.). 2 k. zmarły: 1 k. l. 52 krawcowa skutkiem róży wędrującej, 2 k. l. 26 także skutkiem róży wędrującej. Dni szpitalnych przebyli chorzy 692 (16 m. 179 dni 34 k. 513 dni).

Z pomiędzy chorych, przysłanych jako podejrzanych na cholere, było: 2 (1 m. 1 k.) z ostrym nieżytem żołądka i kiszek z poprzedniego miesiąca i z (1 m. 1 k.) z miesiąca sprawozdawczego, 3 (1 m. 2 k.) wyzdrowiało, 2 (1 m. 1 k.) pozostali na miesiąc następny; 1 k. z ostrą niestrawnością pozostała na miesiąc następny, 1 m. z ropnem zapaleniem otrzewny zmarł (auto-psya).

K a r b u n k u ł z ł o ś l i w y. Przybyło ze wsi Nieporęty 2 (1 m. 1 k.) i 1 k. ze wsi Grochów, 2 k. wyzdrowiały, 1 m. pozostał na miesiąc następny.

B i e g u n k a k r w a w a. Z poprzednie-

go miesiąca pozostało 5 (1 m. 4 k.), wyzdrowiało 7 (3 m. 4 k.), 1 k. przeprowadzona do szpitala na Czystem. Dni szpitalnych przebyli chorzy 91 (3 m. 21 dni 5 k. 70 dni).

Z poprzedniego miesiąca pozostało 2 k. na grype, wyzdrowiały, 1 k. na zapalenie płuc wyzdrowiała, 1 k. na ogniskowe zapalenie gardzieli wyzdrowiała, 1 m. z nieokreśloną bezgorączkową wysypką wyzdrowiał.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyli: 2 k. na zapalenie płuc wyzdrowiały, 1 m. na zimnicę wyzdrowiał, 4 matki przy dzieciach, 2 (1 m. 1 k.) na uwiad starczy pozostało na miesiąc następny, 2 (1 m. 1 k.) na ogniskowe zapalenie gardzieli wyzdrowiało, 1 m. z chorobą WERLHOFF'a wyzdrowiał, 1 k. na płonicę przeprowadzona do szpitala na Czystem.

Biletów odmownych wydano z braku miejsc 17.

Badań pośmiertnych dokonano 1.

Śmiertelność miesięczna 4,30%.

ODCINEK.

WYDZIAŁ LEKARSKI

Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego

(1817 --- 1831).

ZARYS HISTORYCZNY

przez

Józefa Bielińskiego.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr 48).

Do odczynników solnych zaliczył: szczawian potażu, bursztynian sody, sól kuchenną, sole barytowe, saletrzany wapna, srebra, rtęci; sole octowe, siarczane i t. d.;jod.

Odczynniki metaliczne kończą ten odcział chemii prawnej i policyjnej.

Następuje dział o rewizyi aptek. Szczegółowo opisuje profesor, w jaki sposób ta rewiz-

ya dokonana być powinna; zaleca, aby farmakopea i taksa u rewizora była pod ręką

Wyszczególnia wszystkie preparata poje-dyncze i złożone — jak się przedstawiać powinny rewidującemu aptekę. Jest to najtrudniejsza część z całego kursu, gdyż pomimo obszerności swej uczeń winien był wszystko umieć na pamięć, według ówczesnego systemu nauczania. Zdarzało się, jak o tem niejednokrotnie przekonałem się, przeglądając ówczesne papiery, że uczeń, gdy nie odpowiedział na pytanie, jak taki lub inny przetwór wyglądać powinien, gdy jest dobrze zrobiony—otrzymywał stopień „mierny“ i musiał egzamin ponawiać.

O powietrzu atmosferycznem, o wodzie—to przedmioty ubocznie tu należące; powtóre, traktaty te oparte w wykładzie Celińskiego na zbiorze aforyzmów, a nie poparte analizą chemiczną—wcale nie nadawały się do wykładów na katedrze chemii prawnej. Właściwe dla nich miejsce to higiena publiczna.

Ciała szkodliwe dzielił profesor na organiczne i nieorganiczne. „Organiczne szkodzą

albo przypadkowo i stają się przyczyną zafarbowania pokarmów, ich woni, ostrości lub własności narkotycznych". Tu profesor szczegółowo mówi o fałszowaniu win przez zabarwienie; dzieli to fałszowanie na szkodliwe dla zdrowia i nieszkodliwe.

Również szczegółowo opowiada profesor o fałszowaniu produktów spożywczych: mąki, mleka, masła, piwa; wykazuje sposoby wykrycia fałszu.

Nakoniec jest mowa o fałszowaniu pism i papieru stemplowego.

Oto jest streszczenie wykładów profesora Celińskiego,—wykładów potrzebnych dla lekarzy, zajętych służbą cywilną, jak również dla aptekarzy.

Literatura jest bardzo uboga. Oprócz kilku artykułów, ogłoszonych w pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego, możemy podać kilka tytułów; pomijamy podręcznik Celińskiego, o którym jużśmy powyżej mówili.

He i v i c h T e o d o r: 1. Zbiór treściwy sposobów dochodzenia dobroci lekarstw przy rewizyi aptek, oraz krótki wywód postępowania przy wykryciu arszeniku przez.... Warszawa 1842. 4-o podługne str. XII. 323.

2. Farmacya przez.... i Fabiana S. Magistra farmacyi. Warszawa 1835. 8-o str. 6. 456 + 2. 476 + 3. 220.

3. Zbiór wiadomości chemiczno-farmaceutycznych pod względem teoryi i praktyki podług najnowszych doświadczeń ułożony przez... i Jana Schillera Magistra farmacyi. Warszawa 1852—1853. 8-o str. 6. 459 + XXVI. 371. + 20. 560 i tablice.

W e r n e r F e r d y n a n d. Ustawa dla farmaceutów, materyalistów i kupców, dla aptek, składów i handlów materyałów aptecznych i farb. (po polsku i rosyjsku). Warszawa 1839. 8 o XVI. 235. 11 i wiele tablic.

Jeżeli porównamy katedrę powyższą z wileńską, naprzykład, lub krakowską—przekonamy, się że nauka ta, a szczególnie chemii prawnej—nigdzie nie wybiła się nad poziom mierzności i nie wydała ani jednego osobnika, któryby jakąś pracą w tym kierunku wyraźniej się zaznaczył. Farmacya w Warszawie w porównaniu z wykładami wileńskimi stała znacznie niżej. W Wilnie profesor Wolfgang był wszechstronniej wykształcony, aniżeli Celiński. Był

niezmiernie pracowity, a naukowe jego prace poza granicami kraju wysoko były cenione. Wolfgang jako chemik, botanik, farmaceuta,—stał na jednym poziomie z najznakomitszymi aptekarzami niemieckimi, czego o Celińskim powiedzieć nie można.

Wolfgang był bardzo surowym, chociaż sprawiedliwym nauczycielem; wymagał od każdego ucznia tego, co sam umiał; więc chociaż żaden z jego uczniów nie dorównał mu, wszyscy bez wyjątku doskonale farmacyę umieli, gdyż bez jej znajomości dokładnej o promocyi nie mogli myśleć.

§ 3. Fiziologia. Dyetetyka.

Pierwszym pionierem tej nauki w Warszawie był Haycynt Dziarkowski. Ułożył nawet, jak widzieliśmy, podręcznik; stworzył dobrą terminologię tej nauki, a co dla nas najważniejsza—umiał zachęcić do tej nauki niepospolitego, utalentowanego, najpierw ucznia, później kolegę Milego.

Zanim zdamy sprawę z wykładów Milego, który przez cały czas istnienia Uniwersytetu zajmował katedrę fizyologii, poczuwamy się do obowiązku zapoznać czytających z postacią profesora, jak go nam nakreślił sławny jego uczeń Szokalski: „...czarował nas swoim pięknym wykładem. Ujmującej powierzchowności, z bystrem pojęciem i serdecznem obchodzeniem się ze swymi uczniami, umiał sobie zyskiwać ich serca, a nabyta sława, tak dobrze za granicą jak i u nas, przez sumienne naukowe prace oraz skrzętny udział we wszystkim, co u nas miało związek z rozwojem naukowym, nadawały mu powagę, jakiej nie miał żaden z ówczesnych kolegów jego na wydziale lekarskim.

A były też to czasy dla fizyologii błogie, w których, otrząsając się coraz więcej z teoretycznych mrzonek, zaczęła się ona coraz silniej opierać na doświadczeniu i poszukiwaniu. Wprowadzono do nauki wiwisekcję na obszerną skalę, a Magendie, Legallois, Flourens i Milne-Edwards zdumiewali świat cały osiągniętymi na tem polu rezultatami.

Mile, opowiadając nam te dziwy według Richeranda, umiał je tak wzbogacić, własnymi spostrzeżeniami dopełnić, iż zupełnie nową o-

twierzał nam drogę w poglądach naszych na całość nauki lekarskiej, która, dotąd oparta li tylko na luźnem doświadczeniu i teoretycznem wnioskowaniu, na bardzo szczupłych opierała się podstawach. Mile był jedynym jasnowidzącym z naszych profesorów.

Nie umieliśmy go dotąd ocenić, lecz czas jest niedaleki, w którym się okaże, że on pierwszy u nas rozświecił pochodnie nowoczesnego światła. Wpadł w zapomnienie, jak wielu innych dzielnych pracowników. Winny temu okoliczności, a może najwięcej jego własna skromność²⁰⁾.

Fizyologię podzielił Mile na dwa działy: fizyologię ogólną i szczegółową. Pierwszą rozdzielił na 3 klasy: roślinną, zwierzęcą i ludzką. Jakkolwiek głównem zajęciem była fizjologia ludzka, jednakże nie uchylał się profesor w dalszych poszukiwaniach od pomocy, jakiejby mu udzielić mogły inne części.

Człowiek w nierozzerwalnym związku zostaje z naturą; wszelkie czynności jego pochodzą od wzajemnego nań działania zewnętrznego świata; ztąd wniosek: że, chcąc poznać człowieka, potrzeba przedewszystkiem zaznaczyć się z temi działaniami zewnętrznymi. Dla tego fizjologia jest w ścisłym związku z naukami przyrodzonymi, z chemią, fizyką,—nie zapominając naturalnie anatomii. Mile odpowiada na zarzuty, że, chociaż nie znamy siły żywotnej, fizjologia może być nauką doskonałą, inaczej i chemia, jako nie znająca dokładnie siły powinowactwa, i astronomia bez znajomości sił atrakcyj, miałyby być również niedoskonałymi? Zarzuty podobne możnaby czynić i innym naukom.

Z historii fizjologii, jaką poprzedził Mile swój kurs, największe znaczenie ma dla nas pogląd profesora na działalność naukową Bichata, Magendie i Broussais — wogóle na fizyologię z

końca XVIII i pierwszej ćwierci XIX wieku. Otóż Mile największą pochwałę oddaje Magendie'mu „który codziennie nowemi spostrzeżeniami naukę tę z bogactwem. Do tych sławnych mężów i naszego uczonego policzyć możemy Śniadeckiego“.

Dla wyznaczenia człowiekowi miejsca w świecie naturalnym Mile, między innemi, oznacza cechy i różnice ciał organicznych i nieorganicznych. Z obszernego artykułu przytaczam parę wierszy, dodając, że pisane one były w r. 1823. „... nie wszystkie ciała organiczne zdają się poczynać z jaj lub nasion, w roślinach skrytopłciowych, infusoryach postrzedz tego nie możemy... istoty organiczne niższe mogą powstawać bez zarodków, z prostego tylko rozkładu masy się tworzą...” „Doświadczenia godnych wiary badaczów natury okazały, że w składzie człowieka znajduje się $\frac{1}{6}$ części stałych, a $\frac{5}{6}$ ciekłych części. Pierwiastkiem zasadowym roślin jest węgiel, istota stała; zwierząt, zaś pierwiastkiem zasadowym jest saletra, istota lotna, ztąd pochodzi, że rośliny dłużej jak zwierzęta istnieć mogą”. „Życie ludzkie w potrójny ogólny sposób się objawia, w przemianach materji czyli odżywności, w ruchu i w czuciu. Zdaje się jeszcze, że różnica tych objawów jest formalna i poruszanie się materji zdaje się być zaradcem objawieniem się życia...”. „Odżywność czyli przemiana materji dwojako wykazuje się: we kształceniu się i wyrabianiu się właściwej substancji; to kształcenie się jest działaniem wspólnem—a wyrabianie się właściwej substancji z innej jest już działaniem mniej ogólnem, właściwem tylko istotom organicznym. Odmiany w wykazaniu się odżywności są czworakię: restauracya, rośnienie, reprodukcya, płodzenie. Wszystkie te rodzaje odżywności są właściwe nie tylko człowiekowi, ale i roślinom,—dlatego objawy te nazywają życiem roślinnem“.

²⁰⁾ Krytyka lekarska 1897. str. 244.

Wiadomości bieżące.

— Słynny otyatra - chirurg profesor dr SCHWARTZE w Halle obchodził w zeszłym miesiącu 70-cio letnią rocznicę urodzin. Z okazji tej Redakcja czasopisma „Archiv für Ohrenheilkunde“ wydała okazały numer jubileuszowy, w opracowaniu którego z Polaków przyjęli udział: dr Teodor HEIMANN (Diagnose des otitischen Hirn abscesses), oraz dr Jan SĘDZIAK (Ueber Ohrenstörungen bei den Erkrankungen des Urogenitalapparates)“.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 200, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1909 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1905 r. do 31-go Grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905, 1906, 1907, 1908 i w ciągu Stycznia 1909 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia

D-ra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszerii, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiakowanej specjalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie” (ulica Niecała Nr. 7) lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*