

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKOW.

Nr 29.

Warszawa d. 5 (18) Lipca 1903 r.

T. XXXI.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O rozpoznawaniu białaczki. Napisał d-r St. Klejn. — „Nowa choroba“ czy włośnica? Podał A. Podciechowski. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 76 O wczesnem rozpoznawaniu zapalenia opłucny przeponowej (Pleuritis diaphragmatica). 77. Czy w ustach ssawców, żywionych pierśią kobiecą, istnieją streptokoki. 78. O t. zw. fizyologicznym roztworze soli 79. Leczenie dyzenteryi surowicą swoistą. 80. O aspiracyi płynu w zapaleniu wysiękowym opłucny. 81. Twarde i miękkie protezy parafinowe. 82. Ropienie worka łzowego u noworodków. — **Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi.** (Ciąg dalszy). — **XXXIII zjazd neurologów i psychiatrów z południowo-zachodnich Niemiec.** (Sprawozdanie własne). Podał M. Urnstein (Heidelberg). — **KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.** Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych, przez d-ra Wł. Biegańskiego. Choroby górnego odcinka dróg oddechowych, prz. z d-ra A. Sokołowskiego ord. szpit św. Ducha w Warszawie — Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława za czas od 14 czerwca do 14 lipca r. b. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Klejn — Sur le diagnostic de la leukemie. 2) A. Podciechowski — „Une nouvelle maladie“ ou trichinose?

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r St. Klejn — Ueber die Diagnose der Leukemie. 2) A. Podciechowski — „Eine neue Krankheit“ oder Trichinose?

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału wewnętrznego szpitala Starozakonných w Warszawie.

O ROZPOZNAWANIU BIAŁACZKI.

Napisał

D-r STANISŁAW KLEJN

Ordynator oddziału.

(DONIESIENIE TYMCZASOWE).

(Rzecz odczytana w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem w dniu 15 i 19 maja 1903 r.).

W ciągu ostatnich lat 12 udało mi się zebrać obfity stosunkowo materiał, tyczący się białaczki oraz spraw do niej podobnych, zna-

nych pod ogólną nazwą pseudoleukemii. Przypadków tych, mniej lub więcej dokładnie zbadanych i obserwowanych, posiadam 93. Z tego na białaczkę przypada 41 przypadków, na pseudoleukemię zaś 52. Zapewne, że zestawienie tego materiału, obfitującego w przypadki niepowszednie, miałoby swe znaczenie, wymagałoby jednak dużo miejsca, uczynię to też na innem miejscu; tu pozwolę sobie tylko zająć uwagę Szan. Panów wynikiem moich spostrzeżeń nad pewną częścią tego materiału, a mianowicie, nad leukemią limfatyczną i ściśle z nią związaną t. zw. pseudoleu-

kemią. Na 41 przypadków leukemii wogóle widziałem leukemii t. zw. limfatycznej przypadków 23, z tego było z przebiegiem ostrym 7, 3 zaś rozwinęły się w następstwie pseudoleukemii. Co się tyczy tej ostatniej, to na materiał mój złożyły się: 1 przypadek chloroma, 8 przypadków limfosarkomatów szyi, 2 przypadki limfosarkomatozy uogólnionej, 15 przypadków pseudoleukemii bardzo podobnych do leukemii (określenie to omówimy później), reszta zaś należała do rzędu gruźlicy gruczolów, — część niewątpliwie, część zaś z dużym prawdopodobieństwem.

W chwili obecnej rozróżniamy dwa rodzaje białaczki: jedną z powiększeniem liczby leukocytów krwi jednojądrowych dużych i małych, nie zawierających ziarnistości, czyli t. zw. limfocytów, o niej to wyłącznie będziemy mówili; postać tę nazywają leukemią limfatyczną, limfogeną, limfocytową albo wprost limfocytemią. W drugiej zaś znajdujemy powiększenie liczby nie tylko tych komórek, ale i ziarnistych wszelkiego rodzaju i nazywamy ją szpikową, myelogeną, myelocytową, leukemią z rozmaitego rodzaju leukocytami (*gemischtzellig*). Różnica zatem między temi postaciami polega przedewszystkiem na obrazie mikroskopowym krwi.

Co się tyczy obrazu klinicznego, to różnice są tu niekiedy żadne, inaczej mówiąc, w niektórych przypadkach trudno bez dokładnego badania krwi napewno powiedzieć, z jaką postacią mamy do czynienia. Są to przypadki, w których jedynym wydatnym objawem jest znacznie powiększona śledziona. Przypadki takie dawniej zupełnie błędnie zaliczano do t. zw. leukemii śledzionowej, powiększenie bowiem śledziony jest tu tylko objawem właściwym, lecz nie podstawowym zarówno jednej, jak drugiej postaci białaczki.

Najeczęściej jednak przy powierzchownem już badaniu orzec możemy, jaką białaczkę mamy przed sobą. Objawem, ułatwiającym rozpoznanie, są tu powiększone gruczoły, najeczęściej na szyi, rzadziej w pachwinach. Tam, gdzie ten objaw

istnieje nawet w stopniu dość umiarkowanym a wyjątkowo go tylko brak w chronicznej limfemii, tam zawsze znajdziemy we krwi powiększoną liczbę limfocytów.

W drugiej postaci powiększenie gruczolów, szczególnie dostępnych badaniu, zdarza się niezmiernie rzadko; co najwyżej, wyczuwamy w takich razach gdzieś, zwykle *in reg. nuchae*, częściej może w pachwinach, gruczoły zaledwie powiększone, tak jak to bywa u wielu ludzi wskutek rozmaitych przyczyn, nie wspólnego z leukemią nie mających. Tu jedyny uderzający objaw choroby stanowi śledziona powiększona niekiedy do kolosalnych rozmiarów, która wystarcza w takim razie do rozpoznania białaczki myelocytowej.

Rozumie się, iż w tych przypadkach białaczki limfocytowej, gdzie brak powiększenia gruczolów, będziemy w kłopotcie z rozpoznaniem, i bez badania krwi nie potrafimy go zrobić. Najeczęściej zdarza się to w leukemii ostrej, która je jednak ma swoje cechy odrębne, i dla tego oddzielnie o niej pomówimy. Po zatem jest to przypadek rzadki.

Leukemia ostra, która pod względem hematologicznym należy do postaci limfocytowej, posiada obraz zupełnie odrębny, często wcale niepodobny do obrazu limfemii chronicznej. Pomijając początek prawie nagły i przebieg bardzo szybki, niekiedy piorunujący, zaznaczyć należy, iż przedewszystkiem bardzo często nie znajdujemy tu powiększenia gruczolów chłonnych, tak charakterystycznego dla limfemii chronicznej, albo powiększenie to występuje tak niewyraźnie, że może być przeoczone lub wzięte za objaw wtórny zmian w jamie ustnej, o których za chwilę pomówimy. To samo tyczy się śledziony, która choć często jest powiększona, ale w tak umiarkowanym stopniu, że niekiedy zaledwie wyczuć się daje. Zresztą zdarza się także, że i śledziona wcale nie jest powiększona. Taki jeden przypadek, gdzie przy 360,000 leukocytów (w tem 99% limfocytów) żaden gruczoł nie był

powiększony (nawet przy sekcji), a śledziona le-
dwo była powiększona, obserwowalem w r. 1900,
a podobne przypadki opisali potem PAPPEN-
HEIM¹⁾, DENNIG²⁾ i inni. Najważniejszymi i nie-
zawodnymi objawami tej postaci chorobowej są:
zmiany błony śluzowej jamy ustnej i usposobienie
krwotoczne, dosięgające niekiedy bardzo wyso-
kiego nateżenia, oraz anemia. Dwa pierwsze ob-
jawy lub nawet każdy z nich oddzielnie zjawia-
ją się obok anemii bardzo wezześnie i przez cały
przebieg choroby aż do śmierci dominują. Bywa-
ją nawet przypadki, gdzie w początku choroby
już przy obecności tych 3 objawów liczba leu-
kocytów jest bardzo nieznacznie powiększona,
i tylko dokładne przejrzanie preparatu mikro-
skopowego poucza nas, że mamy tu do czynienia
z limfemią, znajdujemy tu bowiem 2 limfocytów
ogromnie powiększony (od 70%—90%). W takich
razach bez badania dokładnego krwi popelnia
się bardzo często omyłkę w rozpoznaniu. Obok
szkorbutu i choroby WERLHOF'a rozpoznaje się tu
często posocznicę, szczególnie, gdy trudno wykryć
pierwotne siedlisko choroby, albo nawet *endocar-*
ditis septica, gdy obok skażenia krwotocznego
znajduje się powiększenie śledziona, serca i szme-
ry w niem, co również zdarzyć się może i zdarza
też często w ostrej limfemii. Taka jednak omył-
ka przy uważnem badaniu daje się łatwo uniknąć
i bez badania krwi; nie można tego jednak po-
wiedzieć o przypadkach, gdzie rozpoznanie waha
się między limfemią a skorbutem i chorobą
WERLHOF'a.

Objawy, cechujące te 2 ostatnie cierpienia,
są tak do objawów ostrej leukemii podobne, że
lekarz, nawet dużem obdarzony doświadczeniem,
błąd popelnąć może. Gdy bowiem rozpoznanie
różniczkowe pomiędzy skorbutem a chorobą
WERLHOF'a najczęściej nie przedstawia trudno-
ści, (chociaż zdarzają się przypadki np. skorbutu

bez zmian w jamie ustnej oraz choroby WERL-
HOF'a ze zmianami w niej), to obraz limfemii
ostrej raz bywa podobny do skorbutu, raz do
choroby WERLHOF'a. Tak np. w niektórych
przypadkach limfemii ostrej (tych jest wię-
kszość) obok anemii znajdujemy wyraźne o-
brzmienie i owrzodzenie dziąseł, wylewy krwawe
w nich, owrzodzenia w jamie gardzielowej oraz
wylewy krwawe na skórze od najmniejszych do
największych. W innych znów, prawda, rzadkich,
przypadkach objawy ze strony jamy ust i gar-
dzieli są bardzo nieznaczne, zaledwie jakieś nie-
znaczne obrzmienie dziąseł, szczególnie w miej-
scach wylewów krwawych, a natomiast istnieje
bardzo wybitne skażenie krwotoczne, występu-
jące zarówno na skórze, jak i na błonach śluzo-
wych. Tu już żadne szematy rozpoznawcze nie po-
mogą, trzeba się uciec do badania krwi. Jeszcze
co do rozpoznania skorbutu, to niekiedy udaje
się wybrnąć z trudności, szczególnie, gdy mamy
do czynienia z epidemią tej choroby, albo też
gdy w przebiegu choroby występują wylewy
krwawe pod okostną — rzecz w leukemii wy-
jątkowa. Przeciętnie jednak rozpoznanie bez
mikroskopu jest niemożliwe. Jeżeli przejrzymy
historie chorób skorbutu z literatury dawniej-
szej, to uderzy nas częstość, z jaką tam znajdu-
jemy notowane powiększenie liczby leukocytów,
dochodzące niekiedy do 60000 i więcej. Aczkol-
wiek brak tu danych co do odsetki limfocytów we
krwi, jestem przekonany, że w wielu z tych przy-
padków autorowie nie mieli do czynienia ze
skorbutem, lecz z ostrą leukemią. To samo można
powiedzieć o niektórych, niezbyt dawno nawet
opisanych, przypadkach choroby WERLHOF'a,
jak np. o przypadku DENYS'a³⁾, gdzie nawet au-
tor podaje, iż liczba limfocytów była powiększona,
a mimo to rozpoznano chorobę WERLHOF'a, choć
właściwie była to prawdopodobnie też ostra lim-
femia.

¹⁾ PAPPENHEIM. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 39. 1900.

²⁾ DENNIG. Muench. med. Woch. 1901. N. 4

³⁾ DENYS. Centrbl. f. allg. Path. 1893. Bd. 4.

Dla ilustracyi powyższego pozwolę sobie przytoczyć w krótkości następujące 2 historye choroby.

27. XI. 1902 r. przybyła do oddziału kol. RAPPLA 36-letnia F. Goldberg, znajdująca się w 7 miesiącu ciąży. Ponieważ obraz chorobowy nasuwał myśl o leukemii, przepisał kol. RAPPEL chorą do mego oddziału. Chora opowiada, że przed 5 dniami nagle w nocy przebudziła się z uczuciem osłabienia i z zawrotem głowy, przyczem zauważyła na całej skórze wylewy krwawe i miała pełno krwi w ustach. Po 2 dniach mocz stał się krwawy, a nazajutrz po tem zjawily się nacieczenia na języku krwawiące. Przez cały czas choroby krew jej ciągle leje się z ust. Gorączki nie było. Chora rodziła 13 razy, ostatni raz 2 lata temu. Zawsze była zdrowa i żyła w warunkach pomyślnych.

Przy badaniu znaleziono: chora dobrze odżywiana, stan gorączkowy ($38,3^{\circ}$), błony śluzowe nieźle ukrwione. Całe ciało pokryte petociami wielkości od ziarnka prosa do grochu, a nawet i większemi. Płuca bez zmian, w sercu niepowiększonym słaby szmer skurczowy, 2-gi ton tętnicy płucnej niewzmocniony. Tętno 108. Śledziona i wątroba wymacać się nie dają, brzuch powiększony (cięża). Dziaśła górnej szczęki wyraźnie obrzmiałe, sinawe, na wewnętrznej powierzchni trzonowców z obu stron widać owrzodzenia powierzchniowe; dziąsło dolnej szczęki w przedniej części również obrzmiałe. Z dziąseł bezustannie sączy się krew. Na górnej powierzchni języka 3 sine infiltraty wystające, płaskie, największy wielkości kopiejki. Na błonie śluzowej wargi górnej po prawej stronie infiltrat siny wielkości grochu, krwawiący. *Footorezore. In reg. nuchae* z obu boków po kilka gruczołów wielkości grochu, gruczoły pod lewą szczęką i lewą pachą również powiększone, pachwinowe gruczoły nie powiększone. Mocz zawiera sporo krwi i stosowną do tego ilość białka.

Wszystkie dane, z wyjątkiem braku powiększenia śledziona, zdawały się przemawiać w na-

szym przypadku za ostrą limfemią. Co się tyczy śledziona, to stan jej nie wiele nas mógł objaśnić, gdyż, jak wspomniałem, narząd ten w ostrej leukemii rzadko dochodzi do dużych rozmiarów, w danym zaś przypadku mieliśmy ciężę, która umiarkowanie powiększoną śledziona mogła uczynić niedostępną dla badania. Dla potwierdzenia naszego przypuszczenia zbadaliśmy krew. I oto co znaleźliśmy: kr. cz. 4,008,000, hemogl. 90%, leukocytów 24720. Ta ostatnia cyfra zdawała się utrwać nas w pierwotnym mniemaniu, tembardziej, że, jak to zobaczymy, ostra leukemia przebiega często z niewielką liczbą leukocytów; jednakże jeden rzut oka w mikroskop przekonał nas, iż mamy tu do czynienia z banalną neutrofilową leukocytozą, dokładniejsze zaś obliczenie wykazało, iż limfocytów było wszystkiego 15%, neutrofilowych zaś leukocytów przeszło 80%. To samo mniej więcej wykazały następne dwa badania, wykonane już w okresie zdrowienia. Słowem o leukemii, a specjalnie limfemii, nie mogło być wcale mowy, a natomiast mieliśmy do czynienia z przypadkiem t. zw. choroby WERLHOFF'a, który, aczkolwiek początkowo bardzo groźnie się przedstawiał, w krótkim stosunkowo czasie pomyślnie się zakończył. Kwestyę rozpoznania rozstrzygnęło tu jedynie badanie krwi; co prawda, w danym razie mogliśmy i bez tego z samego przebiegu wyłączyć leukemię, nie zawsze jednak cierpienie to tak szczęśliwie i szybko przechodzi, gdyż zdarzają się przypadki pomyślne, trwające po kilka tygodni albo też krótko trwające z zejściem niepomyślnem.

Przejdziemy teraz do drugiego przypadku, który z wielu względów zasługuje na uwagę i posiada dla nauki o leukemii pierwszorzędą wagę.

Elman Mindla, lat 17, panna z Wyszkowa, wstąpiła do jednego z oddziałów wewnętrznych szpitala Starozakonnych 31. VIII. 1901 r., skąd wypisała się po 10 dniach z nieznaczną poprawą. Rozpoznano skorbut. Po 4 przeszło tygodniach chora znów wstąpiła do szpitala do innego od-

działu, gdzie cierpienie również uznano za skorbut, i skąd ją po 10 dniach na prośbę moją przepisano do mego oddziału.

Chora opowiada, iż w dzieciństwie przebyła jakąś chorobę wysypkową, po której wystąpił obrzęk całego ciała. Zresztą była zdrowa aż do zjawienia się pierwszej miesiączki, co nastąpiło w końcu maja 1901 r. Po ustąpieniu miesiączki chora wykąpała się w rzece i bezpośrednio potem zauważyła krwawienie z dziąseł, które podobno nie były wtedy obrzmiałe. Po 4 tygodniach druga miesiączka, trwająca 8 dni, i znów kąpiel w rzece. I tu zjawilo się bardzo obfite krwawienie z dziąseł i z nosa, a także wylewy krwawe punkcikowate na całej skórze. Chora zresztą czuła się zupełnie dobrze na siłach i nie leżała. Uporczywe jednak krwawienie zmusiło ją do zapisania się do szpitala w d. 31. VIII. Tu stwierdzono (notuję z karty szpitalnej) u chorej obrzmienie dziąseł, które obficie krwawiły, petechie na całym ciele, stan bezgorączkowy. Anemia.

Po 10 dniach pobytu w szpitalu chora, mało się poprawiwszy, pojechała do domu; tam nastąpiło znaczne pogorszenie, krwawienie się zwiększyło, zęby poczęły się chwiać, zjawily się zawroty głowy, osłabienie, tak, że zmuszona była położyć się do łóżka. Przez cały czas nie gorączkowała. Przemęczywszy się tak 4 tygodnie, chora 12. X. znów wstąpiła do szpitala do innego oddziału, gdzie znaleziono stan bardzo ciężki (karta szpitalna): wybitna anemia, apatya i osłabienie, zupełny brak łaknienia, po całym ciele rozsiane petechie, obrzmienie dziąseł i krwawienie z nich, *foetor ex ore*, wyraźne powiększenie śledziony i gruczołów podszczękowych, tętno 120, oddech 26, ciepłota 39,4°. Chora cały tydzień gorączkowała, nocami się silnie pocila, krwawienie ani na chwilę nie ustawało. 23. X. chora przeszła do mojego oddziału.

Chora skarży się na ciągłe krwawienie z ust, nie ustające nawet w nocy, na osłabienie i zawrót głowy. Żyła dotychczas w warunkach

pomyślnych, jadła miała w bród. Rodzice są zdrowi, jedna siostra jej zamężna w trzecim roku cierpiała na obrzmienie i kwawienie dziąseł, poczem jej zęby powypadały.

St. praesens. Chora jest przytomna, żwawo i dokładnie odpowiada na pytania. Budowa i odżywianie bardzo dobre, twarz jakby nalana, obrzmiała, szczególnie obrzmiałemi wydają się wargi i nos. Obrzęków nie ma. Tętno 112. Oddech 26. Na skórze kończyn górnych petechie wielkości łebka od szpilki, blado czerwone, na piersiach i brzuchu petechii mniej, najwięcej ich widać na nogach. Płuca bez zmian, w sereu, cokolwiek powiększonym ku górze, tony u wierzchołka czyste, na *pulmon.* szmer systoliczny, w obu żyłach szyjowych szmery. Śledziona wystaje z pod łuku żebrowego na grubość 2 palców, jest twarda, bolesna przy ucisku. Wątroba powiększona, bolesna, szczególnie lewy płat. Gruczoły podszczękowe wyraźnie powiększone, niektóre do wielkości bobu, inne gruczoły nie wyczuwają się weale. Mostek i inne kości nie bolesne nawet na ucisk.

Foetor ex ore bardzo silny. Dziąsła mocno obrzmiałe, szczególnie w części środkowej, mają barwę sinawo-czerwoną, odstają miejscami od zębów i krwawią, szczególnie na tylnej powierzchni zębów. W miejscu najbardziej obrzmiałem, odpowiadającym dolnym kłom, z przodu owrozdzenie powierzchowne, usiane biało-szarawymi guziczkami. Przednie zęby chwieją się. Błona śluzowa policzków blada, bez zmian, błona śluzowa dna jamy ust obrzmiała i sinawo-czerwona. Błona śluzowa podniebienia twardego zgrubiała i sinawo-czerwona. Gardziel blada ze śladami tylko drobnych wylewów.

(C. d. n.).

„Nowa choroba” czy włośnica?

Podał

A. PODCIECHOWSKI.

W nocy z dnia 5 na 6 maja r. b. wezwany zostałem w okolice Sieradza do wsi Ł. z powodu nagłego zasłabnięcia synka p. P., 9 lat liczącego. Chłopczyk, dotychczas zdrowy zupełnie, dobrze zbudowany i odżywiany, mocno zahartowany na wpływy pogody, nagle już wieczorem dostał silnych dreszczów, bólów w mięśniach nóg, ramion i karku, przytem i obrzęku powiek, który odrazu przez otoczenie zauważony został. Badanie, wykonane około godziny 12 w nocy, oprócz wyżej wymienionego obrzęku powiek, lekko obłożonego języka, zaparcia stolca, przyspieszonego tętna (110), ciepłoty ciała 39,8° C. oraz słabo wyrażonych bólów mięśniowych, żadnych innych zmian nie wykazało; przytem chłopczyk czuł się dobrze — rozmawiał chętnie i był w dobrym humorze. Ponieważ w danej okolicy panowała namginnie odra i świnka, określenie rodzaju choroby odłożyłem na później, a zaleciwszy choremu napar senesu, oświadczyłem otoczeniu przypuszczenie o możliwości zachorowania chłopca na włośnicę, opierając je na charakterystycznym obrzęku powiek. Na drugi dzień, w czasie odwiedzin chorego malca, przedstawiono mi pokojówkę, lat około 20 mającą, która, zachorowawszy prawie jednocześnie z synkiem p. P., przedstawiała także same objawy, tylko nie kładła się do łóżka z powodu zajęć, chociaż czuła się bardzo osłabioną. W ciągu następnego tygodnia zachorowała wśród zupełnie podobnych objawów nauczycielka i młodszy synek p. P. W tym także czasie wróciła z Kalisza chora od kilku dni kuzynka p. P., która stale w jego domu przebywała — oznajmiając, że dwoje kuzynów, którzy na święta Wielkiej Nocy bawili w Ł., a których ona odwiozła do Kalisza, zachorowali

tam jednocześnie z nią — przyczem zwracała uwagę na to, że i oni mają opuchnięte powieki, gorączkują i skarżą się na bóle mięśniowe.

Wobec takiego przebiegu choroby domowników i gości p. P. pierwotne przypuszczenie moje, że w danym przypadku mamy do czynienia z włośnicą, zupełnie się ustaliło. Zawiadomieni o tem kuzynowie p. P., zamieszkali w Kaliszu, oświadczyli, że ich chorobę także za włośnicę przyjęto. Wezwany na naradę kol. Z. MIERZYŃSKI ze Zduńskiej Woli zrobione przezemnie rozpoznanie bez wahania potwierdził. W końcu drugiego tygodnia od czasu zasłabnięcia pierwszego chorego zapadł na tęż samą chorobę i p. P., przedstawiając wyraźny obrzęk powiek; ogólne zaś objawy: jak gorączka (38,5°), rozłamanie i osłabienie były tak słabo wyrażone, że chorego wcale do łóżka się nie kładł.

Chcąc utwierdzić się w przypuszczalnej dotychczas dyagnozie, zająłem się zbadaniem pozostałego mięsa z zabitej przed świętami w Ł. świni. Badanie mikroskopowe, wykonane przezemnie, miejscowego weterynarza i mikroskopisty, badającego wieprzowe mięso w Sieradzkiej rzeźni — dało wyniki ujemne. Przypuszczać więc należy, że sztuka, zabita w Ł., włośniami zarażona nie była, a tem samem i nie stała się przyczyną choroby w Ł.; przypuszczenie to nabiera cech pewności po stwierdzeniu tego faktu, że u włodarza, któremu p. P. część mięsa z tej świni udzielił, nikt nie zachorował. Zdaje się, że źródłem zarazy była kielbasa, kupiona w Sieradzu. Jakby na potwierdzenie tego przypuszczenia, już po ogłoszeniu w prasie ogólnej o pojawieniu się w Krakowie „nowej choroby“ (które to ogłoszenie zaczęło chwiać moją dyagnozę), dnia 28 maja wezwany zostałem do czeladnika rzeźniczego, pracującego u masarnika w Sieradzu. Młody ten, silnie zbudowany człowiek w czasie podróży na wieś zapadł na silne dreszcze, bóle mięśniowe, gorączkę (39,8°) i wyraźny obrzęk powiek, mięśni żwaczy i skroniowych, język miał lekko obłożony i skarżył się na zaparcie stolca. Z po-

wodu, że choroba u tego osobnika trwała tylko trzy dni, nie mogłem przedstawić chorego żadnemu z mieszkających w Sieradzu kolegów. Chory ten po użyciu naparu z liści senesowych wrócił do zupełnego zdrowia — przepisanego zaś salolu wcale nie zażywał. Tak u tego pacjenta, jako też i u kilku innych w Ł. badanie moczu odczynnikiem EHRLICH'a białka nie wykryło.

Nie mogąc w danym przypadku odnaleźć w mięsie, spożywanem w Ł., włośni, coby moją dyagnozę co do istoty choroby potwierdziło, i wyczytawszy w prasie ogólnej o pojawieniu się „nowej choroby“ w Krakowie, której objawy tak mocno i łudząco przypominały chorobę, w Ł. spostrzeganą, dyagnozę tej choroby, zdaje mi się, słusznie podałem w wątpliwość. Mając to na względzie, przesłałem d-rowsi Ig. SCHALTEROWI zastępcy fizyka miejskiego, opis choroby w Ł., nadmienając, że mu doniosę o każdym przypadku podobnego zachorowania, prosząc o zawiadomienie, czy opis choroby w Ł. przypomina chorobę, w Krakowie spostrzeganą, i dodając, że zachorowanie w Ł. za włośnicę przyjęliśmy.

Z powodu, że już miesiąc czasu upłynął od ostatniego wypadku zachorowania w Sieradzu z objawami obrzęku powiek, która to cecha tak mocno przypomina chorobę krakowską, a którą chwilowo według gazet d-r BUJWID za włośnicę przyjmował, a ostatecznie komisya sanitarna krakowska „za zbliżoną do influenzy“ uznała, („Medycyna“ N. 24 r. b.), sądzę, że nadszedł czas aby o chorobie, przeze mnie spostrzeganej, uwiadomić ogół lekarski, a to tembardziej, że podobne zachorowywanie spostrzegałem razem z d-rem H. SAKSEM w Turku w czasie panowania epidemicznego u nas w kraju grypy w końcu roku 1889 i na początku 1890.

W końcu grudnia 1889 r., tak jak w całym kraju, pojawiła się w Turku i w okolicy nagminnie grypa, atakując głównie narządy oddechania, przyczem wyraźnie występowały bóle mięśni-

we, gorączka i ogólne osłabienie. W tym czasie w samym mieście Turku spostrzegałem dwa przypadki zachorowania, cechujące się tymi samymi objawami, do których przyłączył się wyraźny obrzęk powiek. W kilka dni potem zachorował mój syn, lat 10 liczący, a następnie ja i moja żona. U nas wszystkich wystąpił wyraźny obrzęk powiek. Syn i żona moja chorowali po kilka dni, moja zaś choroba trwała przeszło dwa tygodnie. Kolega SAKS obserwował kilka zaledwie przypadków w samym tylko Turku z obrzękiem powiek, u chorych zaś w okolicy, chociaż było ich bardzo wielu, podobnego objawu nie zauważył. Matka mojej żony, która zachorowała na ciężką grypę po przyjeździe ze wsi w moim domu, obrzęku powiek nie miała. Rozważając później z kolegą SAKSEM, już po przejściu epidemii grypy, ten szczególniejszy obrzęk powiek uznaliśmy, że u nas w Turku panowała szczególniejszego rodzaju grypa, wyrażająca się obrzękiem powiek, którego nigdzie nie obserwowano.

Pamięć o tej szczególniejszej formie grypy, cechującej się wyraźnym obrzękiem powiek, była powodem późnego rozpoznania niewątpliwej epidemii włośnicy, jaką trzy lata temu w kwietniu roku 1900 w domu p. N. we wsi S. w okolicy Sieradza spostrzegałem. Tak samo tu, jak i przy zachorowaniu w tym roku we wsi Ł., choroba zaczynała się dreszczami, gorączką, bólami mięśniowymi i wyraźnym obrzękiem powiek. Chorzy w liczbie 15 zachorowywali nie jednocześnie, lecz w przeciągu dwóch tygodni, chociaż od zapadnięcia pierwszego chorego, już czysto z dyetetycznych względów, nikt wieprzowiny w domu p. N. nie jadł. Pomimo późnego, dopiero po upływie tygodnia, wyjaśnienia się sprawy, że w danym przypadku nie mamy do czynienia ze szczególniejszą formą grypy, lecz z ciężką włośnicą, przebiegającą z bredzeniem, potami i pokrzywką, nikt z domowników p. N. nie umarł. Obrzęk powiek u tych wszystkich chorych tak był charakterystyczny, że pierwszy rzut oka na

twarz synka p. P. w Ł., który najpierw zachorował, obudził we mnie podejrzenie możliwości włośnicy. Że w domu p. N. we wsi S. miałem do czynienia bezsprzecznie z włośnicą, potwierdziło to badanie spożywanego w ich domu mięsa ze sztuki, którą w domu zabito.

Zestawiwszy objawy choroby, na którą ja z moją rodziną i kilku jeszcze osobników zachorowało w Turku, z domową epidemią włośnicy, trzy lata temu spostrzeganą w domu p. N. w S., i zachorowaniem tegorocznym w domu p. P. we wsi Ł., bardzo jestem skłonny do przyjęcia wszystkich wspomnianych zachorowań za jedną i tę samą chorobę, chociaż włośnice znalezione były tylko w jednym przypadku. Pewne różnice w natężeniu choroby łatwo można sobie wytłumaczyć tym znanym faktem, że i inne choroby zaraźliwe przebiegają z rozmaitem natężeniem, co, zdaje się, głównie zależne jest od ilości wprowadzonego do ustroju zarazka.

Że zapadnięcie kilku osobników, jakie miało miejsce w roku 1890 w Turku, cechujące się obrzękiem powiek, w czasie panującej u nas w kraju nagminnie grypy, w nikim nie obudziło podejrzeń, że mamy tu niezależnie od ostatniej choroby do czynienia z włośnicą, nikogo dziwić nie powinno, gdyż wówczas nie znaleźmy zupełnie objawów powszechnie znanej dzisiaj influenzy. Nie przesądzając o istocie „nowej choroby”,

jaka się w maju r. b. pokazała w Krakowie, trudno mi przychodzi nie identyfikować jej z chorobą, spostrzeganą w Ł., a chociaż przyczyny choroby tej, t.j. włośni, w mięsie, spożywanem w tej miejscowości, nie wykryto, najprawdopodobniej sztem wydaje mi się przypuszczenie, że mieliśmy tu do czynienia z włośnicą o słabem natężeniu. Gdyby jednakże okazało się, że i w innych stronach kraju, a nie wyłącznie w Krakowie i w okolicy Sieradza, pokazała się choroba z obrzękiem powiek, w takim razie chętnie przyjąłbym i chorobę w Ł. — za „zbliżoną do influenzy”.

Kończąc niniejszą notatkę, pragnę zwrócić uwagę ogółu lekarskiego na to, aby w interesie wyjaśnienia sprawy zechciał podać do wiadomości ogółu o pojawiających się i w innych okolicach zachorowywaniach z objawami do „nowej choroby” podobnymi, dodając, że: 1) ujemny wynik badania mikroskopowego, wykonywanego masowo (za granicą jednemu mikroskopiciście nie wolno badać więcej nad 10 sztuk dziennie), nie dowodzi jeszcze, że badana sztuka włośnicami zarażona nie jest, i że 2) występujący jednocześnie z dreszczami, gorączką i bólami mięśniowymi obrzęk powiek zawsze powinien budzić podejrzenie, czy w danym przypadku nie mamy do czynienia z włośnicą.

Sieradz, 27. VI. 1903 r.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

76. R. v. STENITZER. **O wczesnem rozpoznaniu zapalenia opłucny przeponowej** (*Pleuritis diaphragmatica*).

U chorego na zapalenie opłucny przeponowej, spostrzeganego przez siebie, autor zauwa-

żył objaw odruchowy, posiadający pewne znaczenie rozpoznawcze. Jest to rodzaj odruchu, który najwyraźniej występuje na szczycie wdechu i polega na skurczowem wciąganiu połowy górnej mięśnia prostego brzucha (*m. rectus abdo*

minis) po tej stronie, na której opłucna uległa zapaleniu. Należy przypuścić, że to zjawisko zależy od nagłego, odruchowego zatrzymania ruchu przepony wprost na skutek bólu. Zasługuje również na uwagę uczucie bólu, którego podówczas doznaje chory; ból ten podobny jest nieco do tego, jaki odczuwamy przy czkawce, tylko że w danym przypadku promieniuje on aż do barku. Że rozpoznanie choroby było prawidłowe, za tem przemawia obecność punktu bolesnego na żebrach, który już dawniej spostrzegali MUSSY, i wysokie ustawienie przepony po stronie, dotkniętej cierpieniem. Podobny objaw autor spostrzegł i w drugim podobnym przypadku, gdzie całokształt objawów wielce przypominał spostrzeżenie omawiane. K. Z.

77. Julius HERZBERG. **Czy w ustach ssawców, żywnionych piersią kobiecą, istnieją streptokoki.**

Od wielu lat różni autorzy badali ślinę i śluz jamy ustnej i gardzielową dorosłych ludzi zdrowych, aby przekonać się o istnieniu w nich streptokoków. Otrzymane wyniki dowodzą, że bakterye te rzeczywiście można znaleźć, lecz nie u wszystkich osób. Niektórzy autorzy znajdowali je w 4 — 5 — 6 — 8 — 45% (BIONDI, NETTER, KURTH, PODBIELSKY, DÖRNBERGER.) Ten ostatni odróżnia postaci długie (*str. longi*) od krótkich (*breves*); te ostatnie składają się najwyżej z 12 członków, nie są zaraźliwe, mącą bulion i nie rosną na ziemniakach. HALPERT, badając 50 zdrowych uczniów, znajdował u każdego z nich streptokoki, niezem nie różniące się od zaraźliwych.

Autora zaciekało pytanie, jak dana sprawa stoi u zdrowych ssawców. Zbadał on w ciągu 3 miesięcy dziesięcioro silnych i zdrowych ssawców, karmionych piersią. Liczniejszego materiału nie mógł znaleźć ani w klinice, ani w prywatnej praktyce.

Wyjałowioną pętlącą platynową ścierał on migdałki tych ssawców i szczepił tym śluzem rurki z bulionem lub agarem. Następnie otrzymywał czyste hodowle bakteryi, którymi szczepił myszy i morskie świnki.

We wszystkich 10 przypadkach udało mu się dowieść istnienia streptokoków w jamie ustnej. Ze zwierząt, szczepionych (do otrzewny) temi bakteryami, padły cztery myszy, lecz z krwi ich nie udało się otrzymać streptokoków.

Otrzymane łańcuchy były to krótkie (4—12 ogniw), to długie (40—60 ogniw), co zależało nie od danego przypadku, lecz od rodzaju hodowli.

Wobec tego wynik pracy autora, przeprowadzonej w klinice i pod kierunkiem prof. HEUBNER'a, jest tożsamy z wynikiem pracy STILPERT'a i wskazuje, że u zdrowych noworodków, podobnie jak u uczniów, istnieją prawie zawsze streptokoki w jamie ustnej.

(*Deut. med. Woch. 1903. N. 1.*) L. Wolberg.

78. ENGELMANN Fritz. **O t. zw. fizyologicznym roztworze soli.**

Używany obecnie tak często bądź do skórnych zastrzykiwań, bądź do przemywania jam (np. po laparotomiach) fizyologiczny roztwór soli zawiera chlorek sodu w rozmaitych ilościach, wahających się między 0,5 a 0,9%. Jakiż więc z nich jest istotnie fizyologiczny t. j. w zupełności identyczny z surowicą krwi? Najczęściej utrzymują, że roztwór, zawierający 0,6% soli kuchennej, jest fizyologiczny. Błędne to przypuszczenie powstanie swe zawdzięcza temu, iż tego rodzaju roztwór jest rzeczywiście identyczny z surowicą — żab, na których w laboratoryach dokonywamy doświadczeń naukowych. Każdy z autorów, badających tę sprawę, inne podawał ilości, a błędne te poglądy przeszły nawet do podręczników (MERING'a, EBSTEN-SCHWALBE'go), ku szkodzie lekarzy i pacjentów. Przekonano się (HAMBURGER, HEDIN, KÖPPE), że roztwory soli kuchennej, nie właściwe dla czerwonych ciałek danego gatunku, szkodzą im, w zbyt słabych bowiem ciałka te pęcznieją i ostatecznie rozpuszczają się, a w zbyt mocnych kureczą się i marszczą. Dla ludzi prawdziwie fizyologiczny będzie roztwór, zawierający 0,9% soli kuchennej, i tylko taki powinien mieć prawo do tytułu roztworu fizyologicznego, co do innych zaś lepiej każdorazowo oznaczać zawierającą się w nich ilość chlorku sodu.

Doświadczeni lekarze, szczególnie chirurdzy, już oddawna wskutek zdobytego przez się doświadczenia zwracali uwagę na niewłaściwe używanie niestosownych roztworów soli kuchennej. I tak np. MIKULICZ ostrzegał przed wymywaniem jamy otrzewny 0,6% lub 0,7% roztworem soli kuchennej, a zalecał mocniejszy. Podobnie KOCHER radzi używać 0,8% (z dodatkiem kokai-

ny wyniesie 0,9%) roztworu soli kuchennej do podskórnych zastrzykiwań metodą SCHLEICH'a. (*Deut. med. Woch. 1903. N. 4.*) L. Wolberg.

79. KRUZE (z Bonn). Leczenie dyzenteryi surowicą swoistą.

W r. 1900 prof. KRUZE, kierownik instytutu higienicznego w Bonn, odkrył swoiste zarazki dyzenteryi epidemicznej¹⁾, a badania jego potwierdzone zostały przez PFUHL'a, SCHMEDICKE'go, DRYGALSKIEGO, Th. MÜLLER'a i SPRONCK'a. Przekonawszy się niewątpliwie o swoistości odkrytych przez się drobnoustrojów, prof. KRUZE za pomocą całego szeregu doświadczeń usiłował otrzymać surowicę swoistą, za pomocą której udawałoby się ochronić od śmierci zwierzęta, którym poprzednio zaszczipiona została śmiertelna dawka bakteryi dyzenterjalnych. Po całym szeregu niepowodzeń udało się nareszcie autorowi otrzymać pomyślne wyniki przez zaszczipienie większych zwierząt, mianowicie osłów i koni, z których następnie przygotowywał surowicę swoistą. Wprawdzie nie udało się autorowi wywołać u zwierząt, za pomocą szczepienia swoistych bakteryi, prawdziwej dyzenteryi, jednakże za pomocą podskórnego zastrzykiwania bakteryi wywoływano pewne ogólne cierpienie, które w krótkim czasie zabijało zwierzęta, nie leczone następnie surowicą swoistą.

Autor zastrzykiwał swoją surowicę leczniczą na drugi i na trzeci dzień po zakażeniu zwierząt (świnek morskich) zarazkiem dyzenterjalnym, i udawało mu się je uratować od śmierci, która u zwierząt, nie leczonych surowicą, następowała zawsze na 7—10 dzień po zakażeniu.

Przekonawszy się o skuteczności swej surowicy u zwierząt, począł prof. KRUZE stosować ją u ludzi dorosłych, jako też i dzieci, zarówno w klinikach, jak i w praktyce prywatnej. Ponieważ dyzenterja ani pod względem objawów, ani śmiertelności nie przedstawia wyraźnych znaków, któreby można uważać jako sprawdzian mniejszej lub większej skuteczności nowej substancji, przeto za oznakę tego rodzaju uznano liczbę dzienną wypróżnień, która w wielu przy-

padkach tej choroby wynosiła do 60 dziennie, a pod wpływem leczenia stopniowo, to prędzej to wolniej, spadała aż do 0. Badania kliniczne przeprowadzono dotychczas zaledwie na 100 przypadkach, z których 80 szpitalnych, a 20 z prywatnej praktyki. Pomiędzy chorymi znajdowały się zarówno dzieci, jak i dorośli i starzy. Ogólna śmiertelność wynosiła 8%, podczas gdy zwyczajnie umiera na dyzenterję 10 — 11%; zmniejszenia się śmiertelności w przypadkach, leczonych surowicą, nie przypisuje jednak autor nowemu lekowi, lecz zwykłemu przypadkowi. Z pomiędzy 19 dzieci, nie mających jeszcze 10 lat, zmarło tylko jedno, t. j. 5%, choć zwykle śmiertelność dzieci z tej choroby wynosi 15—20%.

Dorosłym zastrzykiwano 10 ctm. surowicy, dzieciom zaś połowę, lecz spostrzeżenia przekonały autora, że dawkę tę można i należy podwoić, zastrzykując ją bądź jednorazowo, bądź w dwóch porcjach. Surowica ta zawiera 0,3% kwasu karbolowego, lecz ten nie spowodował nigdy objawów zatrucia. Po zastrzykiwaniach widywano, podobnie jak po surowicy przeciwbłoniczej, rumienie i pokrzywki, co jednak nie powstrzyma nikogo od stosowania nowego środka.

Leczenie należy rozpoczynać wczesnie, zanim nastąpią poważne zmiany na błonie śluzowej kiszek, których surowica już wyleczyć nie będzie w stanie. Wogóle działanie surowicy polega na powstrzymaniu rozmnażania się swoistych bakteryi.

Co do zapobiegawczego działania surowicy, nie może autor dotychczas jeszcze nic pewnego powiedzieć, gdyż w tym celu stosował ją zaledwie u dziesięciu osób, z których dziewięć wyszło cało, a jedna w dwa dni później zapadła na dyzenterję, z czego wynika, że zastrzykiwania dokonano już w okresie wylęgania się choroby. W celach zapobiegawczych zastrzykiwano tylko 2 ctm. sz.

(*Deut. med. Woch. 1903. N. 1 i 3.*)

L. Wolberg.

80. F. DELAFIELD. O aspiracji płynu w zapaleniu wysiękowym opłucny.

Wyczekujący sposób leczenia wysięków opłucny liczy dotychczas jeszcze wielu zwolenników; aspirację płynu wielu doradza tylko w tych razach, kiedy płyn staje się mechaniczną przeszkodą w oddychaniu i krążeniu lub upor-

¹⁾ Właściwie zostały one odkryte przez d-ra SHIGA, asystenta prof. KIYASATO z Tokio i opisane w *Centralblatt f. Bakteriologie* 1898. Następnie SHIGA z KRUZE'm toczyli walkę o pierwszeństwo odkrycia, którego wawrzyny należą się pierwszemu z nich. (Patrz *Deut. med. Woch. 1903. N. 7.*) Sprawozdawca.

czywie nie wsysa się. Autor twierdzi, że przy podobnem leczeniu przeciętna długość okresu chorobowego jest około 2 miesięcy, często zaś dochodzi do sześciu. Oprócz tego długotrwały ucisk płuca usposabia do *pneumonia interstitialis* i gruźlicy. Autor poleca wypuszczać płyn wkrótce po stwierdzeniu obecności jego w jamie opłucny. Na 182 przypadki wyleczonych zapaleń opłucny autor 71 razy wypuszczał płyn pomiędzy 10—20 dniem choroby; 20 razy pomiędzy 5—10 dniem. W 64 przypadkach choroba trwała tydzień po aspiracyi. Najdłużej zaś utrzymywały się objawy płynu przez 6 tygodni.

(*The American Journal*, December 1902).

Hobab.

81. R. GERSUNY. Twarde i miękkie protezy parafinowe.

Metoda podskórnych protez parafinowych znajduje coraz większe zastosowanie, zyskując jednocześnie coraz więcej zwolenników, i liczba publikacyi w tej sprawie jest już dość znaczna. Rozwój jednak tej metody dotychczas ograniczał się tylko na zastosowywaniu parafiny o wyższym punkcie topliwości i na sporządzeniu specjalnej ku temu celowi szprycy.

Ostateczny efekt wydaje się jednakowy tak przy stosowaniu wazeliny lub *ung. paraffini* z punktem topliwości około 35°—40° C., jak i innych trudniej topliwych parafin: w miejscu wstrzyknięcia tworzy się guz o spoiwości chrząstkowej, wielkością i formą odpowiadający zastrzykniętej masie. Użycie wazeliny przedstawia tę dogodność, iż do wstrzyknięcia posilkować się można zwykłą strzykawką PAVATZ'a i stosować środek ten w stanie nie płynnym. Trudniej topliwe parafiny mają znów tę dodatnią stronę, iż wstrzyknięta masa krzepnie natychmiast.

Co zaś do zdania, jakoby stosowanie tych ostatnich zabezpieczało przed powstawaniem zatorów, to ledwie może ono wchodzić w rachubę ze względu na to, że i twardsze parafiny wstrzykują się w stanie płynnym. Za to w tych razach, kiedy pożądane jest szybkie stwardnienie protezy, stosowanie twardszych parafin zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie; t. np. w przypadkach przepuklin pachwinowych, kiedy operacya doszczętna z jakiegokolwiek powodu dokonana być nie może, iniekeya twardszej parafiny pod otrzewną wytworzyć powinna rodzaj poduszeczki, pokrywającej wrota przepukliny,

i nie dozwalać zawartości worka przepuklinowego wylaniać się nazewnątrz. Sam jednak G. nie miał dotychczas wskazań do zastosowania parafiny o wyższym punkcie topliwości.

Zupełnie błędne jest zapatrywanie tych, którzy oddają pierwszeństwo parafinom twardszym w tem przekonaniu, iż wazelinowa proteza w razie podniesionej ciepłoty ciała chorego roztopić się może, a co za tem idzie, postrada swą trwałość, gdyż wstrzyknięta wazelina ulega nieco odmiennemu losowi, niż pozornie wydawałoby się mogło: tkanka łączna nie inkapsuluje jej w postaci jednolitej bryły, lecz przerasta przez nią, rozdziela ją tym sposobem na liczne małe bryłki, z których każda otrzymuje własną otoczkę łącznotkankową tak że nie twardość parafiny, lecz tęgość tej nowowytworzonej tkanki jest wyrazem twardości i wytrzymałości protezy.

Jak zachowuje się w tym względzie tkanka łączna przy stosowaniu twardszych parafin, tego G. orzec nie może.

Dla zabezpieczenia się przed powstawaniem zatorów G. radzi zastrzykiwać uprzednio w daną okolicę kilka kropel roztworu kokainy lub nieco płynu SCHLEICH'a i zwracać uwagę na to, czy igła nie weszła przypadkiem do światła jakiej żyły, co rozpoznać można po wypływającej krwi z pozostawionej *in situ* igły. Jeżeli parafina ma być wprowadzona w tkankę szczególnie unaczynioną, jak np. w szerokie więzy macicy, trzeba nadto zachować tę ostrożność, aby przy pierwszej iniekeyi wprowadzać nie więcej nad 1 cm. sz. parafiny; po upływie tygodnia, kiedy zastrzyknięta parafina zostanie inkapsulowana, można bez obawy w środek jej zastrzyknąć większą ilość parafiny. Tak samo postępować należy przy wprowadzaniu parafiny w tkankę bardzo luźną, nie okazującą żadnego oporu zastrzykiwanej masie, jaka naprzykład znajduje się pomiędzy tylną ścianą gardzieli a trzonami kręgów.

Wszystko powiedziane dotyczy twardszych parafin, posiadających punkt topliwości nieco wyższy nad 35° C.; ponieważ jednak one w wielu przypadkach nie odpowiadają swoim cełom w należyty stopniu, więc G. wprowadził pewną zmianę w metodzie, posługując się t. zw. miękkimi protezami, a rezultaty, jakie otrzymał w swych próbach, wydają się bardzo zachęcają-

cymi. Środkiem, używanym przez G., była mieszanina 1 części wazeliny z 4 częściami oliwy (w stosunku objętościowym). Mieszanina ta przygotowuje się za każdym razem świeżo i wyjąłwia przez gotowanie; przy pokojowej temperaturze jest ona półpłynna i skutkiem tego posiada większą zdolność przenikania w szpary tkankowe i obszerniejszego rozlewania się, niż twarde parafiny. Znaczenie podobnej modyfikacji w stosowaniu parafiny jest następujące: oliwa powoli zostaje wchłonięta, pozostawiając jednak w równych odstępach pośród elementów tkankowych zawieszona w niej małe bryłki wazeliny, z których każda otrzymuje własną otoczkę łączno-tkankową; tym sposobem unika się niepożądanego w niektórych razach zlewania się cząstek parafiny w twardą blaszkę, a dzięki licznym ogniskom inkapsulacyjnym wpłynąć można na rozwój samej tkanki, pozostawiając ją przytem w tak miękkiej konsystencji, jaka do niektórych celów bywa pożądana.

Takimi miękkimi protezami na początku posiłkował się G. w celu wyrównania z sąsiednią skórą powierzchni głęboko położonych szpecących blizn na szyi. Cel został w zupełności osiągnięty, a konsystencja protezy odpowiadała prawie zupełnie konsystencji podskórnej tkanki tłuszczowej. Zachęcony tem, G. zastosował miękką protezę w przypadku znacznego połowicznego zaniku twarzy (*hemiatrophia facialis*). Po wypełnieniu *fossae caninae* i głębokich jam poniżej i powyżej łuku licowego twardą protezą, pozostawało w omawianym przypadku jeszcze znaczne zniekształcenie wskutek zapadnięcia samego policzka; dla wyrównania więc jego zastrzyknięta została pod skórę mieszanina oliwo-wazelinowa: okolica zapadniętego policzka wyrównała się, konsystencja odpowiadała konsystencji drugiego policzka, i mimika stała się prawidłową. Polepszenie to obserwowane było bez widocznej zmiany po wielu miesiącach. Również pomyślne wyniki otrzymywał G., zastrzykując niewielkie ilości swej mieszaniny pod przeszezczone metodą THIERSCH'a płaty naskórka w celu zniesienia rażącego kontrastu w zabarwieniu ich z otaczającą skórą (na nosie po usunięciu *rhinophymatis*) i zrównania powierzchni tych płatów z okolicą (po pokryciu defektu skóry na czole, powstałego skutkiem operacji wytwórczej nosa). Analogiczne znaczenie posiada iniekcja

mieszaniny G. przy bardzo szpecących bliznach ospowych: wyrównanie dolków sprawia, iż znika gra cieniów w oświetleniu dna i brzegów blizn, a razem z nią znika też rażąca szpetność.

Dalej, mieszanina oliwo-wazelinowa zastosowana została przez G. w przypadku ciemnoszarego zabarwienia skóry na czole, powstałego z niewiadomej przyczyny, w tej myśli, iż zastrzyknięta masa porozsuwa ziarenka barwnikowe, nadając skórze jaśniejszą barwę; wynik zabiegu i w tym przypadku okazał się pomyślnym.

Ze wszystkich tych prób wypływa, iż parafinowe protezy w przyszłości znaleźć powinny jeszcze wielorakie pożyteczne zastosowanie w lecznictwie.

(*Centralblatt für Chirurgie*. Nr. 1. 1903).

Fr. Csernak.

82. ERNST HEIMAN. Ropienie worka łzowego u noworodków.

Choć krótka, jednak bardzo ciekawą i ważną pracą kliniczną dzieli się autor (okulista z Charlottenburga) z czytelnikami. U noworodków widzimy bardzo często wrodzone zapalenie ropne worka łzowego — *dacryocystoblenorrhoea congenita* — przejawiające się obecnością ropy w wewnętrznym kącie powiek. Najlepiej zauważyć ją można rano lub też po przebudzeniu się dziecka. Przy ucisku na worek łzowy wypływa większa ilość śluzu, zmieszanego z ropą, co w zupełności potwierdza rozpoznanie. Choroba ta trwa długo i jest niebezpieczna dla oka, grozi bowiem wywołaniem zapalenia rogówki z następczem zmętnieniem, t. j. ślepotą.

Przyczyna tego cierpienia, zbadana przez PETERS'a, HEDDAENS'a, WEISS'a, LANGE'go, ELIASBERG'a i innych, ważne ma znaczenie dla leczenia go. Na zarodkach stwierdzono, że najpierw rozwija się górna część przewodu nosołzowego, nosowy zaś jego koniec później dopiero wnika do błony śluzowej nosa. Otóż, jeżeli jeszcze po urodzeniu się dziecka dolna część tego przewodu pozostaje zamknięta, to wydzielające się łzy nie mają odpływu i zatrzymują się w worku łzowym, a bakterye, przybywające tutaj z worka łącznicy, powodują ropne zapalenie błony śluzowej worka. Na tem polega leczenie. Trzeba usunąć przeszkodę, zapobiegającą odpływowi łez. Uskuteczniamy to za pomocą mięsienia worka łzowego, dokonywanego przez kilka tygodni, a gdy to nie pomaga, należy uciec się do zgłę-

bnika. Po przecięciu kanalika łzowego zgłębnik łatwo wprowadzić się daje, poczem obracamy go kilkakrotnie wkoło osi. Natychmiast z nosa wydzielać się poczyną ciecz śluzowo-ropna, i droga ku wyleczeniu stoi otworem, już też nazajutrz przekonywają się rodzice dziecka o znacznym zmniejszeniu się a nawet o zupełnem ustaniu wydzieliny ropnej, która z początku spływa do nosa, a potem zupełnie ginie.

Choroba ta, jak widzimy, nie ma nic wspólnego z rzeżączkowym zapaleniem łącznicy noworodków, na co przy rozpoznawaniu baczność należy zwracać uwagę. W zapaleniu worka łzowego nacisk na niego powoduje widoczne wydzielanie się ropy, pomieszczonej ze śluzem, w trypomem zapaleniu cały worek łącznicy jest w stanie ostrego zapalenia. (Sprawozdawca).
(*Deut. med. Woch. 1903. Nr. 5.* L. Wolberg.)

Sprawozdanie z narad nad higieną prowincyi.

Sekeya ludowa.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 28).

Co do higieny chat włościańskich p. RAKOWIECKI skreślił obecny ich stan na podstawie odpowiedzi z 50 kilku wsi na kwestyona-ryusz. Przeważna większość odpowiedzi pochodziła z gub. Płockiej, Warszawskiej i Lubelskiej, głównie od rodzin właścicieli ziemskich. Wsie nasze aż nazbyt często pobudowały się w niewłaściwym ze względów zdrowotnych miejscu, bo zbyt niskiem i wilgotnem, a to zapewne ze względu na łatwość dostania wody, choć często zaskórnej i zdrowiu szkodliwej. Chaty i budynki gospodarskie zbyt często są skupione. Pożądana dążność do rozkolonizowania wsi ujawnia się dopiero w ostatnich czasach. Ogródki, pospolite przy chatach, rzadkie są jeszcze przy mieszkaniach dla służby folwarcznej.

Chyba do większości chat przybudowane są chlewki, a tuż przy chatach znajdują się zbiorniki gnoju i śmieci.

Obok chat drewnianych zjawiają się murowane (dla służby folwarcznej), lepiane z gliny, piaskowo-wapienne, z wapniaka, granitu, nawet kamienia polnego. Zamiast strzech tu i owdzie kryją dachy gontem, kleńcem, tekturą smołowcową, dachówką, zwłaszcza w domach dla

służby folwarcznej. Trzycałowe ściany chat drewnianych nie zabezpieczają od zimna i zmuszają do „gacenia“ ścian na zimę. Nader pożądane byłoby wzniesienie w pobliżu Warszawy budowli piaskowo-wapiennych i lepianych z gliny dla porównania pod względem higienicznym tych materiałów. Konieczne jest rozpowszechnienie planów dobrych chat.

Konieczne wzniesienie toku w chacie ponad poziom gruntu jeszcze rzadko się zdarza. Tak samo i podłogi w izbach, na ogół dusznych i ciemnych. Zaledwie siódma część izb ma 18 metrów sześciennych przestrzeni na dorosłego człowieka; znaczna zaś większość — zaledwie 12 metrów sz. lub mniej jeszcze. Tylko dziewięta część izb ma dostateczne oświetlenie.

W siedleckiem, lubelskiem i radomskiem częsty jest jeszcze smutny i szkodliwy zwyczaj mieszczczenia służby z obcych rodzin w jednej izbie.

D-r DOBRZYCKI przedstawił projekt i plany chaty zdrowotnej. Wybrał typ chaty z podsienią i wejściem od ściany szczytowej. Zwykły typ chaty z sienią na przestrzał pośrodku ściany dłuższej zabiera dużo ciepła. Ciemną komorę zamienia na drugą izbę mieszkalną, konieczną nawet u rodzin mniej zamożnych ze względu na obyczajność i zdrowie. Ze schowania (komory) z oknem schodzi się po schodkach do murowa-

nej pod niem piwnicy z przewiewnikami, a drugimi schodkami wchodzi się na strych. Dla lepszego wietrzenia ściany między izbami nie doprowadza do pułapu, zostawiając półlokeiowy odstęp.

Wychodek, nieznanym dotąd w zagrodach włościańskich, poleca D. wypróbowany przez P. MODLIŃSKĄ. Za tyłami stajni i obory jest dół na nawóz, wyrzucany doń z tych budynków przez klapy ruchome w ich ścianie. U brzegu dołu budka ustępowa wejściem swem spoczywa na ziemi, a nad gnojnikiem wznosi się na palach, wkopanych w dół. Deska przez środek dołu pozwala stanąć nad nim dla należytego wymieszania nawozu. Nawóz koński z małą domieszką piasku lub torfu najlepiej odwaniania odchody ludzkie.

O szerzeniu zasad zdrowotności wśród ludu mówili d-r MACIESZA i p. SZYMONOWICZOWA.

Odczyty na prowincyi nawet dla średnich klas są jeszcze u nas zjawiskiem rzadkiem. Brak nam prac higienicznych popularnych, brak stałych działów higienicznych w pismach ludowych. Trzeba założyć komitety popularyzacyi higieny na wzór powstałego przy towarzystwie lekarzkiem plockiem, wydać katalog rozumowany wydawnictw higienicznych dla ludu, wydawać potrzebne książeczki (choćby drogą konkursów), urządzić muzeum przyrządów pomocniczych (diapozytywów i preparatów) do odczytów, starać się o wykłady higieny dla szerszych mas i w szkołach na wzór zapoczątkowanych w Zagłębiu Dąbrowskiem przez d-ra BRZEZIŃSKIEGO, o urządzenie działu higieny ludowej na wystawach rolniczych. Mówiono i o potrzebie pisma higienicznego dla szerszych mas.

D-r Roszkowski mówił o naglącej potrzebie zakładania o chronek wiejskich i miejskich. Dla ochronek wiejskich należy uzyskać pozwolenie przyjmowania dzieci nie tylko do lat 7, ale do 10.

O czystości dzieci w szkołach początkowych mówili d-r TCHÓRZNIKI i THEMERSON. Pierwszy w szkołach początkowych warszawskich obejrzał kilka tysięcy dzieci i znalazł zaledwie u piątej ich części ręce czyste, u dziewczynek dwa razy częściej, niż u chłopców. Podobnie wypadły i oględziny nóg — czyste u czwartej części dzieci. Połowa dzieci nie miała

chusteczek do nosa; z tych, co je mieli, połowa miała bardzo brudne. Różnice w czystości między chrześcianami i żydami są małe.

Poprawa powietrza w salach szkolnych po wprowadzeniu kąpeli do szkół przechodzi wszelkie oczekiwania. Wydział kąpeli ludowych przy Tow. Dobr. w Warszawie znakomicie się rozwija i zasługuje na poparcie. Konieczne jest niższe opłaty za wodę w miastach do *minimum*.

D-r THEMERSON na 1000 zbadanych dzieci w szkołach plockich znalazł zaledwie 10% czystych, a u 40% robactwo na głowie. Żąda za pośrednictwem lekarzy szkolnych wniesienia do regulaminu szkolnego kąpeli raz na miesiąc. Sam robił w tym kierunku zachęcające próby. Żąda, jeżeli już nie kąpeli przy budynkach szkolnych, to pobierania od rodziców przy zapisie dzieci 30—50 kop. na kąpielę i dopilnowywania kąpeli przez nauczycieli.

Wnioski sekcji ludowej.

1. Ase nizacya miast, osad i wsi.

Jako najpilniejsze przepisy sanitarne poleca się:

1. a) Po wsiach okopanie drogi wioskowej rowami nieprzerwanymi, z mostkami na przejazdach do zagród. Przy niskim lub błotnistym położeniu szosowanie lub brukowanie drogi wioskowej. Zabezpieczenie odpływu wody z rowów.
- b) W osadach — bruki na ulicach i placach, rynsztoki, zamiatanie ulic.
- c) W miastach — zamiatanie i polewanie ulic, przepłukiwanie rynsztoków.

2. a) W osadach i miastach konieczne są w każdym domu: ustęp i minimalne przynajmniej podwórze. Konieczne jest przestrzeganie odpowiednich przepisów prawno-administracyjnych, a ewentualnie wyjednanie uzupełnienia przepisów.

b) Po wsiach i mniejszych osadach poleca się zbiorniki wspólne dla wypróżnień, śmieci i pomyj, pod dachem, na miejscu płaskim, brukowanym lub wyłożonem gliną, otoczonem grobelką ze ściekiem do studzienki gnojówki, znajdującej się wewnątrz zbiornika.

c) W większych osadach i miastach dążyć do osobnych ustępów, osobnych beczek do wywożenia pomyj i osobnych śmietników skrzynio-

wych (skrzynie zamknięte otwierane z boku), a przynajmniej ogrodzonych.

Na ustępy poleca się doły murowane, cementowane, od wewnątrz i zewnątrz.

3) Konieczne jest w osadach i miastach dopilnowywanie porządku przez Komitety sanitarne oraz przestrzeganie odnośnych przepisów.

4. a) Konieczny jest w osadach i miastach nadzór nad piekarniami, nadzór weterynaryjny nad rzeźniami, gdzie zaś niema weterynarza, nadzór rzeźni winien być wykonywany przez lekarza.

b) Ścisłe przestrzeganie przepisów obowiązujących, aby w miastach i osadach, gdzie są rzeźnie, bicie bydła, nie wyłączając cieląt i owiec oraz świń, było niedopuszczane w domach poza rzeźnią.

c) Nieoczyszczone ścieki z rzeźni nie powinny być wpuszczane do wód bieżących; przestrzegane być winny odnośne przepisy prawno-administracyjne.

5. Wysadzanie w miastach i osadach dróg i rynków drzewami, zakładanie skwerów należy do pilnych potrzeb higienicznych, z zastrzeżeniem, by drzewa nie były zbyt bliskie domów.

II. Chaty włościańskie

i domy dla służby folwarcznej.

Dla służby folwarcznej:

1. Pożądane są domy nie większe, niż po 4 mieszkania z osobnym wejściem do każdego.

2. Konieczne jest oddzielne mieszkanie dla każdej rodziny.

3. Mieszkanie winno być przynajmniej 5 metrów długie i 5 szerokie i zbliżyć się do 5 łokci wysokości, licząc do wierzchu belek.

4. Stosunek powierzchni okien do powierzchni podłogi powinien się zbliżyć do 1 : 15.

5. Okna podwójne (letnie i zimowe) zasługują na polecenie ze względu na przechowywanie ciepła i zabezpieczenie od wilgoci.

6. Okna mają być na zawiasach, otwieralne i zaopatrzone w lufciki.

7. Podłoga ma być drewniana, heblowana.

8. Te same wymagania dotyczą domów włościańskich.

9. Wzywa się Radę Towarzystwa do wypracowania wspólnie z Towarzystwem Rolniczym

praktycznych a tanich typów chat i domów dla służby folwarcznej.

10. Wzywa się Radę o zwrócenie się do Towarzystw rolniczych, by sprawę domów dla służby folwarcznej i chat włościańskich przedyskutowały.

11. Wzywa się Radę do przestudowania budowli piaskowo-wapiennych oraz lepionych z gliny, z uwzględnieniem dotychczasowych wyników.

12. Do wszelkich przepisów ograniczających kraj nie jest jeszcze przygotowany.

III. Pomoc lecznicza dla ludu.

1. Poleca się Towarzystwu Higienicznemu rozpatrzyć krytycznie zamierzoną organizację pomocy lekarskiej, opierając się na wnioskach d-ra FIDLERA oraz pracach d-rów ZALESKIEGO i KĘDZIERSKIEGO, i złożyć referat w tej sprawie władzom.

2. Dokładna znajomość akuszerii, chirurgii, chorób dziecięcych i ocznych konieczna jest dla lekarzy, osiadających na prowincyi. Ztąd potrzeba dla nich kursów uzupełniających.

3. Poleca się Towarzystwu obmyśleć wspólnie z Towarzystwem Farmaceutycznym środki ku obniżeniu cen lekarstw dla ubogiej ludności.

4. Zbiorowa organizacja pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej przez dwory, na wzór istniejącej w kilku okolicach gub. Płockiej, jest ze wszech miar godna polecenia.

IV. Popularyzacja higieny.

1. Poleca się Towarzystwu Higienicznemu zorganizować Komitet popularyzacji higieny w myśl wniosków d-ra MACIESZY. Pożądane są także komitety prowincjonalne.

2. Poleca się Towarzystwu konkursy na odczyty ludowe higieniczne.

3. Konieczne są wykłady higieny w szkołach.

4. Poleca się Towarzystwu wyjednać urządzenie działu higienicznego na wystawach rolniczych prowincjonalnych.

5. Poleca się oddziałom Tow. Higienicznego prowincjonalnym i Towarzystwom lekarskim zbieranie materyałów do higieny ludu.

6. Ochrony i żłobki są jedną z najpilniejszych potrzeb higienicznych kraju. Poleca się Towarzystwu usilne zachęcanie ogółu do zakładania jak najliczniejszych ochron i żłobków.

7. Poleca się członkom Towarzystwa usilne propagowanie zasad higieny w Towarzystwach dobroczynności i wspomaganie ubogich oraz zakładanie takich Towarzystw.

V. Higiena szkół.

1. Poleca się Towarzystwu wystąpić do władz o:

- a) utworzenie posad lekarzy szkół początkowych.
- b) urządzenie kąpiele w szkołach;

c) pobieranie od uczniów szkół początkowych 30—50 kop. obowiązkowej dodatkowej opłaty rocznej, przeznaczonej na kąpiele.

2. Poleca się nauczycielom zwracać uwagę na czystość ciała i bielizny u dzieci.

3. Pożądane są w szkołach umywalnie oraz woda do zwilżania gąbek, używanych do ścierania tablic.

4. Poleca się wyjednywać zniżenie opłaty za kąpiele dla uczniów; a w zamian za to -- zniżenie opłaty miastu za wodę, używaną w kąpielach publicznych.

5. Poleca się Towarzystwu ogłosić drukiem wzory budynków szkół początkowych i przepisy budowania szkół początkowych.

(C. d. n.)

XXXVIII Zjazd neurologów i psychiatrów z południowo-zachodnich Niemiec.

(SPRAWOZDANIE WŁASNE).

Podał MAURCY URSTEIN (Heidelberg).

Dnia 23—24 maja odbył się w Badenie doroczny zjazd południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich. Uczestniczyli w nim liczni klinicyści i specjaliści.

Posiedzenie zagał prof. HOFFMANN (Heidelberg) przemową, w której wykazał zasługi członków (KUSSMAUL'a i KAST'a), zmarłych w roku ubiegłym. Rozprawiano o wielu interesujących statystycznych i kazuistycznych tematach oraz pracach doświadczalnych, które stanowią przyczynek do wyświeślenia pewnych spornych kwestyi i do uzupełnienia oddzielnych specjalności. Ponieważ jednak nie każda praca nadaje się do krótkiego streszczenia, poruszę tylko te odczyty, które mają bardziej praktyczne znacze-

nie, zaznajamiając też czytelnika z wypowiedzianym na życzenie zjazdu referatem docenta R. GAUPP'a (Heidelberg) pod tytułem: „O rokowaniu w paraliżu postępującym“.

Pierwszy odczyt wygłosił ERB (Heidelberg) „O ile usprawiedliwiona jest forma chorobowa spastycznego porażenia rdzenia“? Prelegent usiłował przed 28 laty wprowadzić do nauki o chorobach rdzenia ten zbiór objawów, jako cierpienie samoistne pod względem klinicznym i anatomicznym. Klinicznie postać tę chorobową cechują osłabienie, podniesienie napięcia (*tonus*) i wzmożenie odruchów bez zaburzeń pęcherza, czucia oraz innych objawów patologicznych. W ostatnich czasach przybył jeszcze objaw Ba-

BIŃSKIEGO i STRÜMPPELL'a (*Tibialisphaenomen*). Jest to cierpienie wyłącznie przewlekłe. Pacjenci ERB'a chorowali około 27 lat, mimo to nie wystąpiły żadne nowe objawy. Anatomicznie zbadano dotychczas 11 przypadków. W 4 z nich stwierdzono oznaki wyłącznego zwyrodnienia dróg piramidalnych, w innych znaleziono obok tego ślady degeneracji w słupach GOLL'a i bocznych pęczkach mózdkowych, dane, które według ERB'a nie mają dla istoty sprawy żadnego znaczenia.

Istnienie pierwotnej sklerozy bocznej (*sclerosis lateralis*) jest pewne, jakkolwiek niektórzy badacze jeszcze obecnie sprzeciwiają się wyodrębnieniu cierpienia, jako jednostki nozologicznej. Wreszcie ERB wskazuje, że przez badania ROTHMANN'a zostaje zachwiany pogląd na drogi piramidalne, jako na bezpośrednią drogę ruchową.

W dyskusji wykazuje EDINGER (Frankfurt nad Menem), że poglądy ROTHMANN'a i PROBST'a są zbyt daleko posunięte, gdyż zachodzi wielka różnica pomiędzy mózgiem małpy a człowieka. Aparatu ruchowego nie stanowią wyłącznie piramidy; prawdopodobnie przebiegają inne jeszcze drogi. Wszak istnieją zwierzęta, które wcale nie mają kory mózgowej. Część aparatu ruchowego ma przebiegać w *tract: s thalamospinalis*. Następnie mówi:

ERB „O podkładzie anatomicznym bezwładu rdzeniowego syfilitycznego“. Tę postać prelegent usiłował wyodrębnić w roku 1892. Pod względem klinicznym polega ona na spastycznym porażeniu rdzenia z zaburzeniami pęcherza i czucia przy nieznacznych zmianach w napięciach mięśni. Rozwija się ona wolno, trwa dziesiątki lat. Niekiedy zachodzi kombinacja tego cierpienia z innymi; istnieją pozatem formy przejściowe. ERB przypuszczał dawniej, że w tych razach mamy do czynienia z miejscowymi ogniskami myelitycznymi w rdzeniu grzbietowym i zwyrodnieniami wtórnymi. NONNE jednak wykazał przed dwoma laty, że podkład anatomiczny polega tu na pierwotnym typowym skombinowanym cierpieniu systemowym ze zwyrodnieniem piramid w częściach, powyżej leżących, oraz bocznych pęczków mózdkowych w częściach, niżej położonych. Pomimo to odgraniczenie kliniczne jest według ERB'a uzasadnione. Chodzi tu

o pierwotne zwyrodnienie szare, a nie zapalenie opon i rdzenia, ani też nacieczenie przymiotowe.

BROSIVS (Saarbrücken). „Endemia syfilityczna przed 12 laty i jej obecnie stwierdzone skutki“. Pracownik huty szklanej, luetyk, zaraził przed 12 laty siedmiu towarzyszy, którzy używali tej samej rury do wydmuchiwanie szkła. Z pięciu wówczas zarazonych pacjentów, których B. niedawno mógł zbadać, dwaj byli dotknięci typowym wiałem rdzenia, a dwaj paralizem postępującym. U piątego nie zdołano wykryć cierpienia organicznego. Ciekawe jest, że pretensya chorych, żądających odszkodowania, została odrzucona ze względu na to, że „cierpienie rozwinęło się stopniowo i nie było wypadku (Unfall)“.

AXENFELD (Fryburg). „O nawrotowej brodawce zastoinowej przy guzie mózgu“. Wiadomo, że brodawka zastoinowa może w przewlekłych cierpieniach z czasem ustąpić. OPPENHEIM podaje przypadek, w którym brodawka zastoinowa znikła, pomimo że guz rósł w dalszym ciągu; zjawisko to autor tłumaczy rozejściem się szwów kości czaszki (durch Sprengen der Nähte der Schädelsknochen).

A. spostrzegł przy mięsaku płata czołowego wczesną brodawkę zastoinową ze ślepotą i następczym zanikiem po ustąpieniu obrzęku. Cztery miesiące przed śmiercią pacjenta zanikła brodawka uniosła się ponownie, i stwierdzono ogromne rozszerzenie żył ze znacznymi wylewami krwi w tęczęwce (obraz zatoru *venae centralis retinae*). Badanie drobnowidzowe wykazało, że przyczyną nawrotu było uszkodzenie żyły w miejscu, w którym wchodziła do oczodołu pod prostym kątem w szparę pochwki. Prawdopodobnie zmiany, zaszły po pierwotnym obrzęku pochwki nerwu wzrokowego, zakryły skutkiem zrostów żyłę, powodując zastój żylny, który wywołał *papillitis*. Ponowna brodawka zastoinowa została spowodowana przeważnie przez nadmierny czopowato (zapfenförmig) występujący rozrost i pęcznienie *laminae cribrosae*. Ciekawy był drugi odczyt

AXENFELD'a: „O zaniku nerwu wzrokowego i zaburzeniu mięsączkowania przy guzach na podstawie czaszki“. Wiadomo, że przy guzach podstawy czaszki w okolicy nerwów wzrokowych względnie często nie rozwija się brodawka

zastoinowa, lecz zwykły zanik zstępujący pod postacią hemianopsyi skroniowej lub też koncentrycznego zwężenia i t. d., a objaśnia się to w ten sposób, że guz zamyka szparę otoczki, skutkiem czego zapalenie brodawki powstać nie może. Prelegent spostrzegł u 4 kobiet takie zaburzenia wzrokowe ze zmianami nerwu wzrokowego, zaś u 3 z nich jednocześnie zupełne ustanie miesiączki; jedna z pacjentek wogóle nigdy nie miała miesiączki. Zanik nerwu wzrokowego i *amenorrhoea* z początku o tyle się wysunęły na pierwszy plan, że przypomniały autorowi znane z literatury „zaniki nerwu wzrokowego wskutek zaburzeń miesiączkowania“. Lecz jedno i drugie było tylko objawem jednoczesnym tego samego cierpienia podstawy czaszki. Wiele rzeczy przemawia za tem, że właśnie guzy podstawy czaszki mogą mieć wpływ na miesiączkowanie, zapewne pośrednio przez nasadkę mózgową (*hypophysis*). Wiemy, że w akromegalii *amenorrhoea* jest stałym i wczesnym objawem; przy prawdziwych guzach nasadki mózkowej obok innych „dystrofii“ również spotykano utratę miesiączki. Zanik nerwu wzrokowego wskutek zaburzeń w miesiączkowaniu musi dotychczas uchodzić za niedostatecznie dowiedzione zjawisko. Wczesna, stała przerwa miesiączki jest może, według prelegenta, objawem ogniskowym przy nowotworach podstawy czaszki. Wpływ na miesiączkowanie stanowi analogię do *diabetes insipidus*, który, jak wiadomo, przy pewnych guzach podstawy czaszki występuje i na karb którego niesłusznie chciano położyć ukazanie się hemianopsyi skroniowej. O ile nowotwory mózgu, gdzieindziej umiejscowione, mogą wpłynąć na miesiączkę, powinny wykazać zestawienia statystyczne. W dyskusyi wspomniano między innymi o przypadku, w którym utrata miesiączki była wczesnym objawem nowotworu wzgórka wzrokowego.

SCHÖNBORN (Heidelberg). „Cytodyagnostyka płynu mózgodzeniowego“. Powołując się na prace autorów francuskich i względnie skąpe badania, wykonane w klinice Erb'a, referent doszedł do wniosków następujących. We wszystkich cierpieniach syfilitycznych i metasyfilitycznych (zwłaszcza w wiądzie rdzenia) znajdujemy mniejszą lub większą limfocytozę. Napotymano ją prawie stale w paraliżu postępującym,

myelomeningitisluetica, często w *herpes zoster*, niekiedy w stwardnieniu wielogniskowym, lecz nigdy prawie w innych cierpieniach układu nerwowego centralnego, z wyjątkiem istotnych zapaleń opon mózgowych. Ważny jest fakt, że wykazujemy limfocytozę niemal stale w zupełnie początkowych okresach chorób (np. w *tubes rudimentaria*, w przedwstępnem stadium paraliżu postępującego, u starych syfilityków z nieokreślonymi objawami, jako to, ból głowy i t. d.), i że można na niej oprzeć rozpoznanie różniczkowe. W pojedynczych przypadkach limfocytoza znikła po dłuższem leczeniu swoistem. Niektórzy badacze w wiądzie nadają większe znaczenie dyagnostyczne limfocytozie, niż objawowi ARGYL-ROBERTSON'a. Przy wybitnych objawach ze strony opon mózgowych do limfocytozy przyłączały się jeszcze komórki wielojądrowe.

Dotychczas limfocytozę uważają za objaw podrażnienia meningealnego. NAGEOTTE twierdzi, że w 11 przypadkach wiądu rdzenia znów stale znajdował zmiany w oponach mózgowych i przypuszcza, że u każdego „prawdziwego tabetyka“ da się wykazać przedwstępny okres meningealny.

W sprawie techniki nadmienić wypada, że płyn (4—6 ctm. wystarczają zupełnie) powinien być zcentryfugowany w zaostzonych rurkach, następnie całkowicie odlany z osadu, i że wreszcie osad, zebrany w pipetkach włosowatych, należy strzedz przed wszelkimi grubszymi manipulacjami.

[Przeczytawszy właśnie kilka nowszych prac francuskich, traktujących o tym ważnym przedmiocie, pragnę przy tej sposobności odczyt SCHÖNBORN'a kilkoma słowy uzupełnić. Jak wiadomo, płyn mózgodzeniowy w zwykłych warunkach nie zawiera żadnych albo tylko skąpe składniki upostaciowane. Większa liczba limfocytów jest wyrazem rozlanych cierpień syfilitycznych (paraliż postępujący, tabes, przypadki braku oddziaływania źrenic jako takie lub powiklane przez porażenie połowiczne, następnie zaniki nerwu wzrokowego i t. p.). Trzeba jednak mieć wyłączyć gruźlicze zapalenie opon mózgowych. W starym przymocie bez wiądu rdzenia lub paraliżu postępującego, przy guzach mózgu i ogniskach rozmiękczenia nie stwierdzono

podobno zwiększenia liczby limfocytów. Jakkolwiek po zaznajomieniu się z pracami autorów francuskich wyniosłem wrażenie, że zapatrują się oni może zbyt sangwinistycznie na sprawę, to jednak z danych dotychczasowych wynika, że w cierpieniach metasyfilitycznych prawie stale znajdujemy znaczną limfocytozę płynu mózgowodzeniowego. Czy ta ostatnia jest niezbitym dowodem zmian w oponach mózgowych — kwestyi tej rozstrzygnąć na razie jeszcze niepodobna. W pierwszej linii cytodyagnostyka powinna mieć znaczenie przy różniczkowaniu pomiędzy pewnymi przypadkami otępienia umysłowego (Verblödung) a paraliżem postępującym, po-

między guzami a zapaleniem opon mózgowych lub pomiędzy katatonią (KRAEPELIN'a) a paraliżem, wreszcie pomiędzy zaburzeniami czynnościowymi a organicznymi. NAGEOTTE jest zdania, że niekiedy będziemy mogli, dzięki tej metodzie, bardzo wczesnie rozpoznać wiąd rdzenia i paraliż postępujący. Limfocytoza nie jest jednak specyficznym objawem dla wiądu rdzenia lub paraliżu; prawdopodobnie jest ona wyrazem przewlekłego zapalenia opon mózgowych. W końcu dodam jeszcze, że w ostrych zapaleniach opon mózgowych dość często znajdujemy sporo wielojądrowych leukocytów. (Przyp. spraw.)].

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych, przez d-ra Wł. Biegańskiego. Choroby górnego odcinka dróg oddechowych, przez d-ra A. Sokołowskiego ord. szpit. św. Ducha w Warszawie.

Wydanie trzecie ponownie opracowane. Warszawa, nakładem autorów. 1903 r. Str. 792. VII.

Sprawozdawca naszego czasopisma, oceniając II wydanie pod powyższym tytułem obecnie w III wydaniu ukazującego się dzieła (patrz Nr. 50 „Medycyny“ z roku 1895), zaznacza, że pojawienie się u nas w niespełna po 5 latach dzieła naukowego w drugim wydaniu należy do rzadkich wydarzeń, tembardziej rzadkiem jest zjawiskiem wydanie III. Dowodzi jednak fakt ten bezwarunkowo poczytności danego dzieła, skoro u nas bardzo często dzieła naukowe nie tylko nie mogą doczekać się drugiego wydania, lecz i w pierwszym egzemplarze długie lata zalegają składy księgarskie.

Szczegółową ocenę dzieła d-ra BIEGAŃSKIEGO umieściliśmy w swoim czasie po ukazaniu się pierwszego i drugiego wydania, dziś zaznaczyć możemy, że III wydanie bynajmniej nie jest tyl-

ko przedrukiem wydania drugiego, lecz istotnie wydaniem już poprawionem, a w niektórych rozdziałach, jak w rozdziale VI „Choroby płuc“, opracowana została na nowo etiologia zapalenia płuc stosownie do panujących w danej chwili w nauce poglądów. Również znajdujemy dopełnienia przy traktowaniu sprawy chorób mięśnia sercowego, a w dziale chorób nerwowych przy opisie zapalenia rdzenia i t. p. I w innych działach autorowie uczynili odpowiednie dopełnienia, zwłaszcza uwzględniając przedewszystkiem chociażby najdrobniejsze prace, w ojczystym języku ogłoszone w czasie pomiędzy II a III wydaniem dyagnostyki.

Musimy raz jeszcze podkreślić prawdziwie obywatelską zasługę autorów, iż tak zawsze i wszędzie skrzętnie zbierają dorobek naukowy, na swojskim gruncie powstały. Jeżeli nas pamięć nie myli, to kol. BIEGAŃSKI jeden z pierwszych dał dobry przykład nie lekceważenia tego, co nasze. Niestety, dobry przykład kol. BIEGAŃSKIEGO nie na wszystkich autorów podziałał w zupełności, w każdym razie jednak co raz częściej w całej litanii obcych autorów znajdujemy skrzętnie zebrane prace i naszych.

Oby III wydanie tak pożytecznej książki, jak „Dyagnostyka różniczkowa“, zwłaszcza znajdując się w rękach młodych adeptów medycyny, i w kierunku poszanowania swojego dorobku naukowego odniosło pożądany wpływ. Będzie to najlepszą nagrodą za pracę Szanownych auto-

rów dyagnostyki, która, mamy nadzieję, w następnym wydaniu niezadługo ukazać się będzie musiała wobec co raz to nowych teorii, jakie w medycynie powstają.

S.

Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława.

za czas od 14 czerwca do 14 lipca r. b.

W miesiącu sprawozdawczym zaczęły się pojawiać pierwsze przypadki biegunki krwawej o przebiegu dość ciężkim. Jest to objaw, corocznie spostrzegany, a zależny od zjawienia się w tym czasie owoców, często niedojrzałych.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 88 (m. 40, k. 48), przybyło 128 (m. 60, k. 68), w tej liczbie 10 osób z okolic podmiejskich; wypisało się 108, przeniesiono do innych szpitali 7, zmarło 13; w końcu miesiąca było chorych również, jak na początku, 88 (m. 39, k. 49).

Róża zajęła liczebnie pierwsze miejsce; chorych było 31 (m. 12, k. 19). Trzy przypadki róży głowy zakończyły się śmiertelnie. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Krakowskie Przedmieście 25, Nowy Świat 36, Ś-to-Krzyńska 11, Tamka 47, Niecała 10, Wolska 47, Kamienna 10, Dobra 17, Szwedzka 19, Nowolipie 24 i 31, Górna 19, Czerniakowska 66, Krochmalna 6, Sienna 78, Młynarska 9, Belwederska 21, Brzozowa 10, Chłodna 12, Piekarska 14, Chłodna 54, Kacza 10, Furmańska 6, Brzeska 17, Dzika 3, Górczewska 73, Marszałkowska 58, Bugaj 7 i z więzienia transportowego na Pradze.

Odra stale się trzyma i nie oszczędza nawet starszych: ofiarami jej są osoby nawet około 30—40 lat. Na 25 chorych — trzech zmarło; jeden z nich, mężczyzna 30-letni miał wadę serca, która spowodowała śmierć. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Plac Teatralny

16, Marszałkowska 97, Niecała 12, Krakowskie Przedmieście 6, Krochmalna 24 i 89, Wolska 7, Belwederska 4 (dwa przypadki), Pańska 95, Wileńska 15, Elektoralna 9, Strzelecka 24, Bagatelna 3, Okopowa 4, Stara 1 (dwa przypadki), Freta 4 (dwa przypadki), Widok 14, Złota 51, Żelazna 83, Warecka 10.

Płonica słabnie — przybyło chorych 10, przeważnie dzieci. Jeden przypadek zakończył się śmiertelnie. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Wspólna 32 (dwa przypadki), Wolska 22 (dwa przypadki), Przyokopowa 14, Chłodna 60, Młynarska 10, Moskiewska 13, Ogrodowa 17, Wronia 30.

Ospy przybyło 6 przypadków, z których jeden u osoby nieszczepionej zakończył się niepomyślnie. Chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Złota 36 (dwa przypadki), Chłodna 46, Krochmalna 14, Nowogrodzka 36, oraz ze wsi Wola.

Tyfusu brzuszno-głowego i wysypkowego mieliśmy po 7 przypadków. Śmiercią zakończył się jeden przypadek tyfusu wysypkowego. Chorzy na tyfus wysypkowy przybyli z następujących domów i ulic: Krakowskie Przedmieście 40, Al. Ujazdowska 59, Muranowska 13 (dwa przypadki), Wołowa 39, Czerniakowska 116, Smocza 10. Chorzy na tyfus brzuszny przybyli z ulic: Ogrodowa 32 (dwa przypadki), Grzybow-

ska 68, Hrubieszowska 10, Stawki 65, Rybaki 24, Warecka 15.

Biegunki krwawej, która jak wyżej wzmiankowano, towarzyszy stale miesiącom letnim, przybyło siedm przypadków, które zakończyły się pomyślnie. Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Ogrodowa 5, Nowolipie 57, Smocza 19, Bugaj 7, Al. Jerozolimska 67, Czernałkowska 38, wieś Wola.

Zapalenia gardła błoniczego było przypadków 4; chorzy przybyli z następujących domów i ulic: Ogrodowa 8, Nowolipie 59, Młynarska 88, Krochmalna 69. Wszyscy chorzy wyzdrowieli.

Zapalenia gardła zwyczajnego (*ang. follicularis*) przybyło 8 przypadków z następujących domów i ulic: Elektoralna 12, Belwederska 4, Łazienki 9, Bolesć 5, Browarna

24, Strzelecka 1, Wolska 7, Krakowskie Przedmieście 72.

Z innych chorób gorączkowych mieliśmy zapalenia płuc 2 przypadki, gruźlicy prosówkowej jeden, wąglika jeden przypadek.

Chorzy przebyli dni szpitalnych 2920 (m. 1276, k. 1644).

Odsetka śmiertelności wynosi 6% (dla mężczyzn 11,0, dla kobiet 1,72).

Badań pośmiertnych dokonano w 9 przypadkach.

Szczepień ospy ochronnej przyjęło się 9.

Biletów odmownych wydano dla braku miejsca — jeden i 9 chorym nie kwalifikującym się.

Roman Gutowski

Lekarz miejscowy szpitala.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 13 b. m. w Krakowie otwarty został tegoroczny Zjazd chirurgów polskich. Wiceprezesami zjazdu zostali wybrani d-rzy RYDYGIER, KRYŃSKI, SCHRAMM, POMORSKI i MUSZKIET.

— Nagrodę konkursową imienia KOCZOROWSKIEGO w roku bieżącym przyznano kol. GANZOWI za pracę p. t. „O rozpoznawaniu gruźlicy kiszek na podstawie badania bakteriologicznego“.

— Wyszło z druku jako wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“ dzieło kol. A. SOKOŁOWSKIEGO p. t. „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych“. II. „Choroby płuc“.

— W Paryżu zaczął wychodzić nowy miesięcznik p. t. „Index Rosenwald, sommaires — tables des principaux journaux de médecine et

bibliographie médicale“. Czasopismo to pomieszczać będzie w alfabetycznym porządku krótkie streszczenia zawartości gazet lekarskich, jak również alfabetyczny spis autorów. Wydawcą jest d-r L. ROSENWALD, Paryż rue Lafayette, 87.

— W Berlinie w dniu 5 lipca w szpitalu Charité otwarta została pracownia dla badań nad rakiem. Przy tej pracowni mają być 2 sale, w których pomieszczani będą tylko chorzy na raka. Dyrektorem nowej tej instytucji mianowany został prof. LEYDEN, pomocnikiem prof. BLUMENTHAL, asystentami zostali MICHAELIS, MEYER i chemik WOLF.

— Na katedrę chirurgii w uniwersytecie wiedeńskim, opróżnioną przez śmierć prof. GUSSENBAUER'a, ma być mianowany prof. MIKULICZ z Wrocławia.

Największe w świecie labor. Parke Davis et C-o

w Detroit Stany Zjednocz. Północ. Ameryki.

Biura: w Nowym Jorku, Londynie, St. Petersburgu (Zamiatin per. 4).

Przygotowuje preparaty farmaceutyczne, które zyskały wszechświatową sławę, a z tych głównie znakomite.

ADRENALINA (Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działający czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący; pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach: oka, gardła i nosa, bezkrawo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obecnie wywołał radykalny przewrót w medycynie. Upraszamy panów lekarzy o zwrócenie uwagi na ostatnie artykuły odnośnie stosowania Adrenaliny (Takaminy) przy leczeniu raka (La Presse Medicale Paris 27 Avr'l, 1903 i Medical Record 23 Sierpnia 1902).

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabiania naszego preparatu adrenaliny, noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu Takaminy.

CHLORETON (chemiczny związek chloroformu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczce i t. d. Ma tę wyższość nad kokainą, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-DIASTAZA Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienia na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższającą jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości

KASKARA-EWAKUANT Lek tonicznie przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu Kaskara-Sagrada, za wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

ACETOZON (C⁶H⁵CO). O. O. COCH³. Benzoyl-acetyl hyperoxyd). Nowy środek przeciw-pasorzytliczy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwnilnych. Szczególnie znakomite wyniki, otrzymano przy leczeniu tyfusu brzuszego. Stosuje się z dobrym wynikiem przy tryprze, chorobach oczu, cholercze, dysenterji, rozwolnieniach u dzieci, sprawach ropniczych poporodowych i t. p.

Literaturę i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy i farmaceutów.

Adres dla telegramów „Kaskara“ — Petersburg

W Warszawie posiadają na składzie: Ludwik Spiess i Syn. — Henryk Welt i Towarz. Akcyjne „Motor“

Zbożowe BIAŁKO jako środek odżywczy

„ROBORAT“

Przetwór idealnie czysty, wolny od bakterji i substancji rozkładowych. Przyjemny w użyciu gdyż niema swego właściwego smaku i zapachu. Nadzwyczaj szybko strawny. Zawartość Białka 95%, Lecytynu 1.6%, Krochmalu 1%. Do użycia we wszelkich postaciach: z mlekiem, cacao, w zupach i potrawach po uprzednim *dobrem rozmięszaniu go z płynem*. Zalecany jako środek wzmacniający w kuracji roślinnej, w chorobach serca, sklerozie, bezkrwistości i cierpieniu żołądka. Środek odżywczy dla osłabionych, rekonwalescentów tak dorosłych jak dzieci.

Dostać można we wszystkich składach aptecznych i aptekach.

Próba 100 gr. oraz szczegółowy opis dla P.P. Doktorów franko i gratis.

Skład główny na gub. Kr. Pol. Ludwik W. Szwede, Senatorska 37 Pl. Bankowy.

Wody mineralne naturalne świeżego czerpania

nadeszły wprost ze źródeł do składu głównego wód mineralnych przy aptecce

H. Kucharzewskiego

Miodowa 4. Telefon 753.

O-r Med. Henryk KÜMMERLING

(polak)

lekarz zdrojowy w Baden pod Wiedniem.

Kąpiele siarczane pierwszorzędne, komfort i ceny umiarkowane. Udziela bliższych informacji.

Dr. Michał Śliwiński

ordynuje w Karlsbadzie

Mühlbrunnstrasse „König von Preussen“