

GAZETA LEKARSKA.

Dnia 3 lipca r. b. zmarł w Krakowie
w 92 roku życia

JÓZEF MAJER,

Doktor medycyny, b. Profesor fizjologii w uniwersytecie Jagiellońskim, b. Rektor tejże wszechnicy, b. Prezes Akademii Umiejętności Krakowskiej, Mąż niespożytych zasług w historyi oświaty w Galicyi, Nestor medycyny polskiej.

Obszerniejsze wspomnienie o zmarłym podamy w jednym z najbliższych numerów.

I. POLYMYOSITIS PRIMARIA.

PRZYCZYNEK KLINICZNY I ANATOMO-PATOLOGICZNY.

Podat

D-r J. Fajersztajn

sekundaryusz lwowskiego szpitala powszechnego.

Z umiejscowionych w tkance mięśniowej wielogniskowych zapaleń, przebiegających bez ropienia, znane były do niedawna tylko wtórne sprawy chorobowe. Sprawy te, rozwijające się na tle ostrych chorób zakaźnych [tyfusu, ospy, tężca i t. d.], są bardzo doniosłe pod względem ogólnopatologicznym, nie posiadają jednak większego klinicznego znaczenia.

Myositis trichinosa była przed niewielu jeszcze laty jedyną przedstawicielką pierwotnych rozsianych zapaleń masykulatury, nie przechodzących w ropienie.

Z pojęciem „*polymyositis*“ — pierwotnego, rozsianego zapalenia mięśni, przebiegającego również bez rozpadu ropnego, a nie pozostającego w związku z zakażeniem trychinami, spotykamy się po raz pierwszy w pracy WAGNER'a z r. 1887. Zbiegiem okoliczności już w tym samym roku pojawiły się publikacje HEPP'a i UNVERRICHT'a, poświęcone również mnogiej *myositis*. HEPP opisał swój przypadek pod nazwą „*pseudotrachinosis*“, uwydatniając tem podobieństwo mnogiej *myositis* do trychinowego zapalenia mięśni.

Przypadki wspomnianych autorów dotyczyły osób, u których rozwijały się bez wszelkiej widocznej przyczyny, pierwotnie, objawy zapalenia mięśni, polegające na obrzmieniu, zeszywnieniu i bolesności masykulatury kończyn i tułowia; obok tego znajdowano znaczne obrzęki tkanki podskórnej, umiejscowione przeważnie w pobliżu większych stawów. Na skórze, po części ponad zajęzłymi mięśniami, po części w innych okolicach pojawiały się wysypki [rozlane zaczerwienienie, wykwyty podobne do pokrzywkowych, różyczka i t. p.]. Ciepłota ciała ulegała podwyższeniu. Pomimo pewnej skłonności do zwolnień, sprawa chorobowa szerzyła się coraz dalej, ogarniała także masykulaturę podniebienia miękkiego i przelyku, a w końcu przechodziła na mięśnie oddechowe. Kilkotygodniowe cierpienia zakończyły się we wszystkich trzech przypadkach zejściem śmiertelnem. Badanie pośmiertne wykazywało obok ostrego obrzmienia śledziony [w przypadkach UNVERRICHT'a i HEPP'a] ciężkie zmiany zapalne we wszystkich niemal mięśniach tułowia i kończyn.

Dalszymi przyczynkami do kazuistyki podobnych stanów chorobowych zasłużyli się GLUZIŃSKI, JACOBY, LOEWENFELD, PLEHN, FENOGLIO, PRINZING, a zwłaszcza UNVERRICHT. Autor ten, wzbogaciwszy swe doświadczenie no-

wem spostrzeżeniem, doszedł do wniosku, że objawy skórne towarzyszące zapaleniu mięśni, nie mogą być uważane za przypadkowe powikłania i na tej podstawie wprowadził w miejsce dawnej nazwy „*polymyositis*“ nowe określenie: „*dermatomyositis acuta*“.

Wkrótce po publikacji [pierwszej] UNVERRICHT'a wyszła z pod wytrawnego pióra STRUEMPELL'a obszerniejsza praca, w której w sposób jędrny a dosadny przedstawiony został ówczesny stan wiadomości o pierwotnej mnogiej *myositis*.

Zgodnie z poprzednikami uznaje STRUEMPELL sprawę tę za pierwotną, *sui generis* chorobę, rozwijającą się pod wpływem nieznanых czynników zakaźnych, czy też toksycznych i przeciwstawia ją wtórnym septycznym, również bez ropienia przebiegającym zapaleniom mięśni [WINCKEL-WAETZOLDT].

Po STRUEMPELL'u zabierało głos kilkunastu autorów. Spostrzeżenia ich odznaczały się po części najzupełnijszym podobieństwem do przypadków WAGNER'a, HEPP'a, UNVERRICHT'a, po części jednak różniły się od nich — jak to zresztą było również we wspomnianych wyżej przypadkach PLEHN'a, GŁUZIŃSKIEGO, FENOGLIO'a i PRINZING'a — poszczególnymi objawami, przebiegiem i zejściem [wyzdrowienie opisali GŁUZIŃSKI i PLEHN] a co najważniejsza — swoistą etyologią. Do tych, odrębne stanowisko etyologiczne zajmujących spostrzeżeń, należą przypadki WAETZOLDT'a, FRAENKEL'a i KADER'a.

WAETZOLDT opisał trzy spostrzeżenia [jedno z nich stanowiło już uprzednio przedmiot publikacji WINCKL'a]. Przypadek WINCKL'a i drugi przypadek WAETZOLDT'a stoją w wyraźnym związku z zakażeniem pługowym; w pierwszym przypadku WAETZOLDT'a natomiast związek ten jest dosyć wątpliwy. Ze względu na objawy kliniczne i przebieg choroby tylko ten właśnie przypadek mógłby być zaliczony z dosyć dużym prawdopodobieństwem do grupy *polymyositis acuta*. Nie można atoli powiedzieć tego o dwu pozostałych spostrzeżeniach, które odznaczały się przebiegiem nader ostrym [zejście śmiertelne piątego dnia od początku choroby [WINCKEL] i siódmego dnia [WAETZOLD]]. Badanie drobnowidzowe stwierdziło [przypadek 2-gi] „krwotoczną śródmiąszową *myositis* najwyższego stopnia ze skłonnością do ropnego rozpadu“³⁾. W otoczeniu włókien mięśniowych znaleziono pod drobnowidzem wielką ilość mikrokoków; w hodowlach ze soku mięśniowego rozwinął się paciorkowiec ropotwórczy.

Bardzo ostrym przebiegiem odznaczał się również przypadek FRAENKEL'a. Badanie drobnowidzowe wykazało tu rozległe zmiany zapalne [po części krwotoczne]; w tkance śródmiąszowej znaleziono liczne paciorkowce. Punktem wyjścia zakażenia było ropne zapalenie ucha środkowego.

Obok tego przerzutowego, choć nie ropnego, zapalenia mięśni opisuje FRAENKEL dwa dalsze spostrzeżenia, dotyczące ropnych, również przerzutowych postaci. Jedno z nich poucza, że tylko część mięśni uległa zro-

³⁾ Deutsche medicinische Wochenschrift. 1888. Nr. 27. str. 551.

pieniu, podczas gdy pozostałe znajdowały się w stanie zapalno-surowiczego obrzęku i nie zawierały drobnoustrojów; drugie zaś, że pewne mięśnie, które w końcu uległy sprawie ropnej, okazywały przez dłuższy czas tylko objawy prostego obrzęku zapalnego.

Opierając się na podobnych faktach, wnioskuje FRAENKEL o septycznym pochodzeniu większej części przypadków, opisywanych pod nazwą idyopatycznego, ostrego zapalenia mięśni (*Dermatomyositis*).

Bezowocność poszukiwań bakteriologicznych, czynionych przez HEPP'a i PRINZING'a nie daje, zdaniem FRAENKEL'a, prawa do uogólnień, ponieważ inne przypadki nie były bakteriologicznie badane. Ujemny wynik sam przez się nie dowodzi również niczego, ponieważ PRINZING przystąpił do prób hodowlanych w późnym okresie choroby [po kilkumiesięcznym jej trwaniu]; do tego czasu drobnoustroje mogły wyginąć, a co się tyczy badań HEPP'a, plyn otrzymany przez nakłucie mięśnia mógł być przypadkowo jałowy.

KADER przyłącza się w zupełności do poglądów FRAENKEL'a, opisując w pięknej i bardzo interesującej szczegółami zawierającej pracy, spostrzeżenie, w którym *panaritium* małego palca prawej ręki stało się przyczyną wystąpienia septyczno-ropnego zakażenia paciorkowcami ze zmianami w mięśniach, przebiegającymi pod postacią „*myositis serosa*“, a więc bez ropienia. Kliniczne objawy przypadku KADER'a okazują pewne podobieństwo do obrazu idyopatycznych rozsianych zapaleń mięśni¹⁾. Mięśnie nie były drobnowidzowo badane. Próby hodowlane z tkanki mięśniowej wypadły ujemnie, podczas gdy w narządach wewnętrznych można było wykazać pod drobnowidzem obecność paciorkowców.

Jałowość badanych cząstek mięśni tłumaczy KADER tak samo, jak to czynił był poprzednio FRAENKEL, dodając przytem, że ujemne wyniki poszukiwań bakteriologicznych zależą w podobnych razach po części od tej okoliczności, że zmiany zapalne w mięśniach zawdzięczać mogą swe pochodzenie toksynom, wytworzonym przez mikroby, usadowione poza obrębem badanych mięśni, albo też nawet toksynom, krążącym w sokach ciała już po wyginieciu drobnoustrojów, po części od biologicznych własności soku mięśniowego, dzięki którym, jak to zostało doświadczalnie stwierdzone, tkanka mięśniowa odznacza się wobec wszelkich zarazków znaczną odpornością i posiada zdolność ograniczania rozwoju, a nawet doszczętnego niszczenia drobnoustrojów. Brak rozpadu ropnego w przebiegu *polymyositis* nie powinien, zdaniem KADER'a, budzić zdziwienia ani też powątpiewania co do septycznego pochodzenia choroby—wiadomo bowiem, że bardzo złośliwe sprawy septyczne przebiegają nieraz bez ropienia; zwłaszcza tkanka mięśniowa posiada, jak się zdaje, właściwość oddziaływania na ropne zakażenie zmianami zapalnymi, nie przechodzącymi w ropienie.

¹⁾ Wobec wielopostaciowości mnogiej *myositis* [o czem niżej], byłoby na razie rzeczą bezcelową wdawać się w rozbiór pytania, o ile przypadki WAETZOLDT'a, FRAENKEL'a i KADER'a odróżniają się od „typowej“ postaci *polymyositis*.

W końcu wywodów swoich wypowiada KADER przekonanie, że *polymyositis*, opisana przez WAGNER'a, HEPP'a, UNVERRICHT'a i innych, nie posiada praw do zajmowania w nozografii stanowiska samoistnej, *sui generis* choroby: jest to tylko poszczególna postać septycznego zapalenia mięśni: *myositis serosa*, postać, nie różniąca się zasadniczo, nawet pod względem anatomicznym, od ropnych zapaleń¹⁾.

Poglądy FRAENKEL'a na etiologię mnogiej *myositis* nie odezwią się zapewne zbyt donośnym echem.

Pomijając już tę okoliczność, że przypadki jawnie przerzutowego zapalenia mięśni przebiegają nietypowo, że okazują one tylko powierzchowne podobieństwo do tylokrotnie wspomnianych już spostrzeżeń WAGNER'a i innych, większy niż to czynią FRAENKEL i KADER nacisk położyć trzeba na to, że w żadnym ze znanych dotychczas „typowych” przypadków nie udało się drobnowidzowo wykazać w tkance mięśniowej obecności drobnoustrojów. Gdyby nawet przypuścić, że drobnoustroje z czasem znikają i że są one nierównomiernie rozmieszczone, dzięki czemu mogłyby łatwo ująć uwagi, że przeto tu i ówdzie spóźnione lub niezupełne badanie mogłoby być przyczyną ujemnego wyniku, to jednakowoż tłumaczenia tego nie można rozciągać na przeważającą większość spostrzeżeń, w których poszukiwania drobnowidzowe odbywały się dosyć wcześnie i tak wszechstronnie były przeprowadzone, że nie sposób pomyśleć, by przypadek mógł tu odgrywać jakąkolwiek rolę.

Bez wątpienia, zakaźne pochodzenie mnogiej *myositis* jest dosyć prawdopodobne: większość autorów szuka przyczyn choroby tej w zakażeniu, względnie w zatruciu wytworami drobnoustrojów, nieznanymi ani z istoty swojej, ani też z siedliska. Dlaczegoż by jednak miały tu wchodzić w rachubę jedno tylko drobnoustroje ropotwórcze? Do tak stanowczego rozstrzygnięcia sprawy jesteśmy tem mniej uprawnieni, że już obecnie, pomimo zaczątkowej prawdziwie fazy, w jakiej znajduje się kwestya powstawania pierwotnych rozsianych zapaleń mięśni, wskazać możemy na wielką różnorodność czynników, będących w stanie stwarzać obrazy kliniczne łądząco podobne do omawianej choroby. Należy tu wymienić na pierwszym miejscu trychinozę, połączoną z typową *polymyositis* daleko silniejszymi węzłami podobieństwa, aniżeli z którymkolwiek przypadkiem zakaźnej przerzutowej postaci.

Wspomnieć następnie trzeba o tak zw. *myositis gregarinosa*—chorobie, występującej u zwierząt pod postacią ostrego rozsianego zapalenia mięśni [PFEIFFER]. W końcu wypada zaznaczyć, że SENATOR, BOECK, ALBU i LITTEN zwrócili uwagę na toksyczne wpływy, które mogą, jak się zdaje, zająć poważne miejsce w etiologii mnogiej *myositis*. [Autointoksykacja [SENATOR, ALBU]; bal-

1) KADER nadaje duże znaczenie ustępowi z pracy UNVERRICHT'a [1-szy przypadek], w którym jest wzmianka o „o ropieniu w śródmiaższowej tkance łącznej“, widząc w nim dowód, że STRUEMPELL niesłusznie wciągnął przypadek UNVERRICHT'a do listy spostrzeżeń, w których nie znaleziono zmian ropnych. Z całego jednak ducha pracy UNVERRICHT'a, jak również ze stylizacji wymienionego ustępu wynika, że „ropienie“ oznaczać ma tylko naciek drobnoćomórkomórkowy. Jest to zwykła *licentia*; pod jej osłoną mówimy i piszemy nieraz [niesłusznie] o ciałkach „ropnych“ w śluzie, płwocinie i t. d..

sam kopajwy [BOECK], tlenek węgla [LITTEN], trująca istota, zawarta w zepsu-tych rakach (SENATOR)].

Autor bardzo cennego dzieła, które opuściło niedawno prasę drukarską, a tak doskonały znawca patologii mięśniowej, jakim jest LORENZ, odrzuca stanowczo teorią FRAENKEL'a i utrzymuje w dawnej mocy podział na ropne i nieropne zapalenia mięśni, zaznaczając przytem, że bezwzględne odgraniczenie obu tych postaci zapaleń nie daje się przeprowadzić na czysto anatomicznej podstawie, a to z tego powodu, że w bardzo ostrych przypadkach może nastąpić śmierć jeszcze przed wywiązaniem się ropienia, dzięki czemu nawet zakażenie paciorkowcami przebiega niekiedy bez rozpadu ropnego.

Zapalenia mięśni, przebiegające bez ropienia, dzieli LORENZ na dwie wielkie gromady. Do pierwszej z nich należą: 1) *Polymyositis*, 2) *Neuromyositis*, 3) *Myositis* w przebiegu chorób stawów, 4) *Myositis tuberculosa*, 5) *Myositis syphilitica*. Druga gromada obejmuje dwie postaci: 1) *Myositis fibrosa*, 2) *Myositis ossificans*.

W grupie przypadków opisywanych pod nazwą *polymyositis* rozróżnia LORENZ cztery działy. W pierwszych trzech działach mieszczą się postaci, zasługujące, zdaniem LORENZ'a, na wyodrębnienie: a) *Dermatomyositis*, b) *Myositis haemorrhagica*, c) mnoga *myositis*, towarzysząca rumieniowi wielopostaciowemu (*erythema multiforme*). Czwarty dział obejmuje przypadki niejasne — „szczególne“ postaci mnogiej *myositis*.

Próba wprowadzenia pewnego ładu w dosyć chaotycznym zbiorze spostrzeżeń, poświęconych mnogiej *myositis*, zasługuje na zupełne uznanie. Inna rzecz, czy sam podział, przyjęty przez LORENZ'a, da się utrzymać w całej rozciągłości.

Za bardzo właściwe uważać należy wyodrębnienie tej postaci mnogiej *myositis*, jaka towarzyszy cięższym przypadkom rumienia wielopostaciowego. Z opisywanych pod nazwą *polymyositis* należą tu przypadki SCHNELL'a [przypadek 3-ci] i HERZ'a [przypadek 1-szy i 2-gi]. LORENZ dodaje od siebie bardzo ciekawy przyczynek kazuistyczny, zaznaczając przytem, zgodnie z HERZ'em, że łżejsze zmiany zapalne muskulatury łydek nie należą wcale do rzadkości w przebiegu rumienia wielopostaciowego.

Przeciwko wyodrębnianiu krwotocznej postaci, wyróżniającej się, według LORENZ'a, wybroczynowemi ogniskami w mięśniach i udziałem mięśnia sercowego w sprawie chorobowej, możnaby podnieść nie jeden zarzut. Do bliższego ich rozpatrzenia nadarzy się sposobność na dalszych kartkach; wypada tu jednak zaznaczyć, że ze stanowiska opisowo-praktycznego—a takie stanowisko zajmuje właśnie LORENZ—krwotoczna postać zasługuje najzupełniej na osobne uwzględnienie.

Te same zupełnie względy praktyczne przemawiają za potrzebą ustanowienia czwartego działu, obejmującego, jak się rzekło, nie zupełnie jasne i nietypowe przypadki. Oczywiście w przydzielaniu poszczególnych spostrzeżeń do tego działu nie sposób uniknąć pewnej dowolności.

Po wyłączeniu przypadków, należących do II-go, III-go i IV-go działu,

pozostaje 15³ spostrzeżeń, które LORENZ umieszcza w dziale pierwszym i opisuje pod nazwą „właściwej *dermatomyositis*“.

Przyznając dużo słuszności poglądom LORENZ'a i nie odmawiając praktycznych zalet jego klasyfikacji, nie będziemy się jednakowoż trzymali w dalszym ciągu niniejszej pracy powyższego podziału, pociągnęłoby to bowiem za sobą nieuniknione powtarzanie się i niepotrzebną rozwlekłość. Nazwa *polymyositis*, względnie *dermatomyositis* obejmie tedy na dalszych kartkach wszystkie opisane dotąd przypadki pierwotnej mnogiej *myositis* z wyjątkiem tych, które znajdują się w niewątpliwym związku z rumieniem wielopostaciowym i jako takie zasługują na osobne zupełnie miejsce, jakoteż kilku niejasnych i powikłanych spostrzeżeń. Szczegóły kliniczne i anatomo-patologiczne, które skłoniły LORENZ'a do odróżniania „właściwej *dermatomyositis*“ od *myositis haemorrhagica* znajdują oczywiście niżej należyte uwzględnienie.

*

*

*

Wiek i płeć nie odgrywają żadnej roli w etyologii mnogiej *myositis*. SCHULTZE opisuje przypadek dotyczący trzyletniego dziecka; chora, o której będzie niżej mowa, liczyła 14 lat; chory POTAIN'a 17 lat, chory PLEHN'a 22 lat. Inne przypadki odnoszą się do osobników 30—50-letnich. Bardzo podeszłego wieku [70 lat] doszedł pacjent, opisany przez STRUEMPELL'a.

O przypuszczalnych przyczynach choroby była już kilkakrotnie mowa. Na podstawie objawów [gorączka, obrzmienie śledziony, wysypki], rozwoju i przebiegu choroby szukają jedni źródeł jej w zakażeniu; inni znów, jak wiemy, sądzą, że ważną rolę etyologiczną odgrywają z zewnątrz pochodzące wpływy toksyczne. Oskarżano również samozatrucia ustrojowe—przypuszczenie, do którego upoważniają poniekąd spostrzeżenia, w których choroba poczyniała się długotrwałymi zaburzeniami żołądkowo-kiszkowymi [SENATOR, ALBU, LARGER].

STRUEMPELL zwraca uwagę na możliwy związek mnogiej *myositis* z gruźlicą: z 6-ciu znanych STRUEMPELL'owi przypadków, w 4-ch stwierdzono [pośmiertnie] gruźlicę płuc. Nowsze spostrzeżenia nie potwierdzają podobnego domysłu, zasługującego zresztą na zupełne uwzględnienie wobec tego, że gruźlicę płuc spotykamy tak często u ludzi dotkniętych mnogą *neuritis*—chorobą, posiadającą nie jeden punkt styczny z mnogą *myositis*. W jednym z naszych przypadków [3-m] badanie pośmiertne wykazało gruźlicę otrzewnej; zakażenie było tu jednak jaknajoczywiściej [p. n.] bardzo świeżego pochodzenia.

Głós R. PFEIFFER'a skierował uwagę badaczy na zakażenie gregarynami; podjęte w tym kierunku poszukiwania, w których brał udział sam PFEIFFER, [przypadek STRUEMPELL'a] pozostały jednak bezowocnymi.

Mnoga *myositis* ma wszelkie cechy choroby pierwotnej; przynajmniej, jak dotąd, nie wiadomo nam nic pewnego o związku jej z jakimkolwiek bądź innym cierpieniem. Wypowiadano wprawdzie kilkakrotnie mniemanie, że zapalenie gardła spostrzegane przed wybuchem choroby mięśni, jakoteż i w najwcześniejszych jej okresach, mogłoby być uważane za punkt wyjścia zakażenia

przypuszczalnymi drobnoustrojami [GLUZIŃSKI, BUSS] — brak na to jednak dowodów. Znaczenie długotrwałych zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, poprzedzających rozwój właściwej choroby, która przebiegała zresztą w sposób niezupełnie typowy [LARGER, ALBU], jest jeszcze bardzo niejasne [p. w.].

Choroba rozpoczyna się zazwyczaj okresem zwiastunów, trwającym od 1-go tygodnia do 3-ch [WAGNER, HEPP], a nawet znacznie dłużej [POTAIN i KOESTER]. Na okres ten składają się bądź to ogólne objawy, polegające na osłabieniu, upadku odżywiania, bladeści powłok [KOESTER, LEVY (przyp. 1-szy)], bądź to bóle w krzyżu, karku, członkach, połączone z lekką sztywnością ruchów [POTAIN, WAGNER]. W kilku spostrzeżeniach napotykaemy wzmiankę o wstępnych objawach żołądkowo-kiszkowych [STRUEMPPELL, SENATOR, UNVERRICHT (2), LARGER, ALBU]. W przypadkach LOEWENFELD'a, GLUZIŃSKIEGO i dwu naszych [2-im i 3-im] choroba rozpoczęła się odrazu znacznymi bólami mięśniowymi. Za niezwykle uważać należy początek cierpienia w 1-szem naszym spostrzeżeniu [p. n.]—trudno rozstrzygnąć, czy można tu istotnie nadawać znaczenie zwiastunów wstępnym objawom, trwającym około tygodnia [polegać one miały na gorączce i bólach członków], a oddzielnym od początku właściwej choroby kilkudniowym okresem, w którym stan zdrowia nie pozostawiał nic do życzenia. Z równem prawem możnaby przypuścić, że była tu rzeczywiscie grypa, jak mniemał chory, albo też inne gorączkowe cierpienie. Takie pojmowanie rzeczy nadawałoby jednak przypadkowi naszemu zupełnie wyjątkowe stanowisko.

Na pierwsze objawy choroby składają się najczęściej bóle w kończynach, zwłaszcza górnych, w karku, grzbiecie i krzyżu, nieraz gwałtowne, połączone z uczuciem napięcia i sztywności członków. Nieraz wzmagają się one szybko do tego stopnia, że wszelki ruch staje się niemożliwym. Rzadziej szereg objawów chorobowych rozpoczyna się obrzękiem twarzy lub kończyn i zaczerwienieniem lub wysypką na obrzęklej skórze [HEPP, LEVY, STRUEMPPELL]. W naszym spostrzeżeniu [1] zaczerwienienie plamiste na karku, na pozór zupełnie niewinne, rozszerzyło się w ciągu kilku dni na szyję i twarz, poczem wystąpiły bóle i obrzęki. Nieco podobnie miała się rzecz w przypadku HEPP'a.

W dalszym przebiegu choroby występują na pierwszy plan obrzęki tkanek podskórnej i miejscowe, niezmiernie bolesne obrzmienia mięśni.

Zmiany w muskulaturze rozwijają się w sposób rozsiany, jednocześnie w wielu naraz mięśniach, lub też skokami. Co do porządku, w jakim poszczególne mięśnie ulegają sprawie chorobowej, i co do samego jej umiejscowienia, nie można ustanowić żadnych stałych prawideł; tyle tylko da się powiedzieć, że sprawa rozpoczyna się najczęściej w większych mięśniach kończyn, zwłaszcza górnych i szerzy się na mięśnie tułowia, szyi i karku oraz, że mięśnie wyprosthne bywają zwykle bardziej dotknięte, aniżeli zginacze. Mięśnie połykowe, kraniowe i oddechowe ulegają zwykle dopiero w późniejszych okresach choroby. Wogóle, pod względem rozległości zmian chorobowych poszczególne przypadki zachowują się bardzo rozmaicie, we wszystkich cięższych atoli postaciach cierpienie ogarnia zawsze wielką liczbę mięśni, a nieraz szerzy się na

całą niemal muskulaturę. Pewne gromady mięśni padają rzadko ofiarą choroby; należą do nich: mięśnie zewnątrzgałkowe [STRUEMPELL, LORENZ], mięsień języka [JACOBY, STRUEMPELL, KOESTER], mięśnie twarzowe [BOECK, KOESTER], mięśnie krtaniowe [HEPP, UNVERRICHT, SENATOR], przepona [SENATOR, WAGNER, STRUEMPELL].

[C. d. n.]

Z PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH.

II. ROZBIÓR CHEMICZNYCH PRZETWORÓW CIECHOCIŃSKICH.

Podał

Leon Nencki.

Narzekamy na zbyt pierwotne urządzenie naszych zakładów leczniczych, narzekamy—że wszelkie nasze najlepsze usiłowania udaremnione zostają wobec położenia, w jakim się znajdujemy i usprawiedliwiając się tem, wpadamy w wysoce szkodliwą dla nas apatyę i bezczynność.

Zamiast wszelkimi siłami starać się o podniesienie i rozwój naszych wód krajowych, wyjeżdżamy za granicę z tem moralnem przekonaniem, że u nas nie zrobić się nie da. A jednak niezaprzeczony, szybki wzrost Ciechocinka i ulepszenia, jakie w nim głównie w ostatnich czasach dokonane zostały, najlepiej dowodzą mylności powyższego zdania. Szkoda tylko, że pomyślne te zmiany zaszły nie z inicjatywy prywatnej. To co się zrobiło, zrobiło się przeważnie bez naszego udziału.

W roku 1898 członkowie komitetu zakładu leczniczego w Ciechocinku z uwagi, iż liczba osób, używających solanek coraz więcej wzrasta, uzyskali pozwolenie władzy wyższej na wybudowanie nowej studni artezyjskiej. Woda ze studni tej, z rzędu siódmej, składem swym chemicznym zbliża się najwięcej do solanki № 1, najsilniejszej. W celu przekonania się, czy nowa studnia w różnej głębokości zawiera solankę o jednakowym składzie chemicznym, czerpano takową na jedenastu różnych głębokościach od 300,3 do 510 stóp, przy czem uwzględniano i różnorodność pokładów ziemnych, a także ilość wytryskającej na 1 minutę wody.

Podając wyniki rozbioru solanki Nr. 7, załączam i rozbiory wszystkich przetworów chemicznych, badanych z polecenia władzy wyższej w roku 1893 przezemnie przy łaskawym współudziale chemików EDMUNDA NEUGEBAUERA i WAWRZYŃCA TRZCIŃSKIEGO.

Rozbiór chemiczny solanki, czerpanej ze studni

Nr.	Nazwa ciał.	ILOŚĆ CZĘŚCI SKŁA-			
		1	2	3	4
1	Chlorek sodu	3,470		3,3490	3,3360
2	Chlorek wapnia	0,134		0,1070	0,1080
3	Chlorek magnezu	0,115		0,1030	0,10
4	Siarczan wapnia	0,110		0,060	0,0520
5	Węglan magnezu	0,032		0,0170	0,0156
6	Węglan wapnia	0,011		0,0050	0,0040
7	Chlorek potasu	0,008		0,0040	0,0041
8	Bromek magnezu	0,004		0,0030	0,0038
9	Chlorek litynu	0,003		0,0010	0,0011
10	Kwas krzemny	0,002		0,0006	0,0003
11	Jodek magnezu	0,001		0,0005	0,0006
12	Ciała stałe	3,890	3,890	3,651	3,650
13	Ciężar właściwy przy ciepłocie 17,5° C.	10265	10264	10249	10237
	Z jakiej głębokości do- byta solanka	510'—493'3"	485'—468'3"	4'717"—454'10"	456'4"—439'8"
	Pokłady ziemne na ba- danej głębokości	gips	wapniak.	wapniak.	gips.
	Ilość solanki wytrysku- jącej na 1 minutę w li- trach	143	154	154	132

Rozbiór przetworów che-

SOLANKA ZE STUDNI № 1.		SÓL KUCHENNA %	
W 100 gramach	gramów.		
Siarczaniu wapnia	0,118	Chlorku sodu	86,256
Chlorku wapnia	0,175	Chlorku wapnia	3,070
Chlorku sodu	3,340	Chlorku magnezu	2,140
Chlorku potasu	0,026	Siarczaniu wapnia	2,006
Chlorku litynu	0,006	Węglanu wapnia	1,004
Chlorku magnezu	0,160		
Bromku magnezu	0,009		
Jodku magnezu	0,001	Kwasu krzemnego	0,050
Węglanu wapnia	0,030	Wody i ciał organicznych	5,001
Węglanu magnezu	0,076		
Kwasu krzemnego	0,003		
Ciał stałych	3,944		
Ciężar właściwy przy ciepłocie 15° C.	1,031		

Nr. 7 na jedenastu różnych głębokościach.

D O W Y C H W 100 G R A M A C H.						
5	6	7	8	9	10	11
3,319	3,806	3,307	3,300	3,217	3,184	3,036
0,1030	0,1026	0,0710	0,0836	0,0520	0,0670	0,0530
0,0620	0,0540	0,0520	0,0450	0,0330	0,0380	0,0340
0,0430	0,0422	0,0317	0,0307	0,0204	0,0215	0,0107
0,0124	0,0118	0,0110	0,0111	0,0055	0,0067	0,0045
0,0035	0,0033	0,0026	0,0024	0,0013	0,0016	0,0013
0,0013	0,0012	0,0011	0,0012	0,0006	0,0007	0,0005
0,0012	0,0010	0,0009	0,0007	0,0005	0,0006	0,0004
0,0011	0,0006	0,0004	0,0004	0,0004	0,0004	0,0003
0,0003	0,0002	0,0002	0,0003	0,0002	0,0003	0,0002
0,0002	0,0001	0,0001	0,0002	0,0001	0,0002	0,0001
3,647	3,527	3,451	3,475	3,331	3,321	3,141
10236	10238	10238	10233	10215	10204	10202
440'7"—423'10"	425'9"—409'	408'3"—391'6"	378'10"—361'1"	363'9"—347'	348'2"—331'5"	317'—300'3"
Wapniak z przymieszką kwarcu i warstw szarej gliny.	to samo	wapniak z przymieszką kwarcu i mu- szli.	wapniak z przymieszką kwarcu.	wapniak z przymieszką kwarcu i mar- glu.	to samo	to samo z przymieszką muszli.
143	132	132	165	165	154	154

micznych w Ciechocinku.

Ł U G.		I Ł.	
	%		%
Wody	68,9002	Wody przy ciepłocie 120° C.	3,79
Chlorku magnezu	10,8754	Ciał organicznych	0,44
Chlorku wapnia	7,0589	Piasku	0,91
Chlorku potasu	1,6925	Kwasu krzemnego [rozpuszczonego]	0,12
Chlorku sodu	4,4577		
Chlorku litynu	1,4304		
Siarczaniu wapnia	0,0377	Siarczaniu wapnia	8,36
Bromku magnezu	0,2742	Węglanu wapnia	0,40
Jodku magnezu	0,0250	Chlorku wapnia	1,01
Ciał organicznych	5,2480	Chlorku magnezu	0,28
		Chlorku potasu	3,92
		Chlorku sodu	89,92

Torf w 100 częściach zawiera %		Torf wylugowany wodą destylowaną przy ciepłocie 38—40° R. daje na wagę 2,8% ciał stałych, a mianowicie:	
Wody	43,00	Chloru	0,87
Organicznych roślinnych uorganizowanych tworów	5,50	Kwasu krzemnego	ślady
Ciał próchnicowych, rozpuszczalnych w 10% roztworze sody	6,80	Tlenku wapnia	0,31
Ciał organicznych, ściśle nieokreślonych	21,84	Tlenku magnezu	0,05
Tlenku wapnia	2,17	Potasu	0,35
Tlenku magnezu	0,07	Sodu	0,34
Tlenku żelaza i glinu	0,98	Ciał organicznych	0,39
Potasu	0,38		
Sodu	0,34	które po obliczeniu zawierają na wagę ciał rozpuszczalnych 2,77%	
Chloru	0,93	a mianowicie:	
Bezwodnika kwasu siarczanego	0,63	Siarczanu wapnia	0,61%
Bezwodnika kwasu fosforowego	0,11	Węgla wapnia	0,10%
Bezwodnika kwasu azotowego	ślady	Siarczanu magnezu	0,15%
Bezwodnika kwasu węglanego	0,05	Chlorku potasu	0,67%
Piasku	16,75	Chlorku sodu	0,87%
		Ciał organicznych	0,37%
		Razem 2,77%	

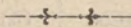
III. SARKOMIATOZA RDZENIA I SYRINGOMYELIA;

PRZYCZYNEK DO NAUKI O POWSTAWANIU JAM W RDZENIU.

[Rzecz, odczytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 6. XII. 1898 r.]

Przez

D-ra med. Stanisława Orłowskiego.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 26].

Układ nerwowy ośrodkowy [z wyjątkiem rdzenia przedłużonego, który zachowanym być nie mógł] był stwardniony w dwuchromianie potasu, a następnie obrobiony zwykłym sposobem [wyskok, celloidyna i t. d.]. Skrawki barwiono

według metody WEIGERT'a, PAL'a, VAN GIESON'a pikrokarminem, hematoksyliną, eozyną i t. d. Preparaty rdzenia już przy badaniu gołym okiem dały obraz niezmiernie złożony i różnobarwny, z trudnością dający się opisać. Szczególniej efektywnymi okazały się skrawki, barwione według VAN GIESON'a: elementy nowotworowe—ciemno-fioletowe, tkanka łączna pąsowa, istota rdzenia żółta.

Opis obrazu histologicznego zaczynamy od dołu, ponieważ w dolnych odcinkach rdzenia sprawa nowotworowa była najbardziej rozwiniętą.

Na wysokości stożka rdzeniowego (*conus medullaris*) opona twarżda szerokim pierścieniem okala dwa pola, różne co do zabarwienia i budowy. Jedno, mniejsze, jest to właściwy stożek, odsunięty ku obwodowi i również otoczony pasmem tkanki łącznej; substancji rdzeniowej w tym obrębie niema prawie zupełnie; widać tylko smugi komórek nowotworowych, pęczki tkanki łącznej i wielkie ogniska krwotoczne. Pozostałą część przekroju zajmuje masa nowotworowa z przegródkami z tkanki łącznej i również licznymi wybroczynami; gdziekolwiek wśród tej masy rozrzucone są korzenie nerwowe.

Przy powiększeniu znaczniejszem okazuje się, że istotę nowotworu stanowią elementy komórkowe rozmaite co do postaci i wielkości, przeważają zresztą komórki owalne i polyedryczne. Jądro, znacznych rozmiarów, pęcherzykowate, słabo zabarwione, prawie całą wypełnia komórkę; istota wielu jąder przedstawia się ziarnistą; trafiają się komórki o dwóch i trzech jądrach. Substancji śródmiąższowej niema prawie zupełnie; w wielu miejscach skupienia komórek tworzą ogniska, okolone tkanką łączną. Zarówno cechy samych komórek jak i uszykowanie ich wskazują wyraźnie, że mamy do czynienia z nowotworem mięsakovym.

Smugi tkanki łącznej, przebiegające śród masy nowotworowej, składają się z grubych, silnie zabarwionych pęczków z niezbyt obfitem nacieczeniem; tylko w jednym miejscu przegródki, oddzielającej stożek od pozostałej masy nowotworu, widzimy plamę o budowie nieco odmiennej: utkanie jest tu luźnem i oprócz cienkich, słabo zabarwionych włókien widać i masę ziarnistą, miejscami zaś bryłki o wyglądzie szklistym. Przypuszczać należy, że w tem miejscu tkanka łączna uległa zwyrodnieniu szklistemu (*hyaline Degeneration*).

W części łądzwiowej dolnej opona rdzeniowa twarżda pozostała tylko z lewej strony, z prawej zaś nowotwor przechodził na tym poziomie na tym poziomie na ścianę kanału kręgowego i został przecięty przy wyjmowaniu rdzenia. Cechy nowotworu pozostają takie, jak i wyżej. Lewa połowa preparatu jest czysto łączno-tkankową i zbywa w niej zupełnie na elementach mięsakovych; część ta odpowiada rdzeniowi i kontury jego zarysowują się wyraźnie w postaci smugi utkanej z poprzecznych i silniej zabarwionych włókienek, lecz w obrębie tej smugi nie pozostało ani śladów substancji nerwowej—wszędzie tylko tkanka łączna, w wielu miejscach szklisto zwyrodniona; między włóknami widać czerwone krążki krwi bardziej lub mniej zniszczone. Licznymi są tutaj naczynia, również szklisto zwyrodnione, o ścianach zgrubiałych i wazkiem, miejscami z trudnością dostrzegalnem światłem; nie brak i naczyń zupełnie niedrożnych.

W tym samym obrębie widzimy i naczynia, które uległy innemu rodzajowi zwyrodnienia, mianowicie zwapnieniu; przedstawiają się one w postaci ciemno-fioletowych [przy barwieniu hematoksyliną], silnie załamujących światło pierścieni lub smug rozgałęzionych; miejsca te obfitują i w różnokształtne bryłki i ziarenka o budowie podobnej: są to zamknięte i zwapnione naczynia włosowate.

Lecz oprócz takich naczyń zwyrodnionych w tej tkance łącznej, zamieniającej rdzeń, widać i naczynia włosowate o ścianach zupełnie zdrowych, tylko niezmiernie rozszerzone i przepelnione krążkami krwi; miejscami grupują się one w wielkie zbiorowiska, nadając całej tkance wejrzanie naczyńniaka jamistego (*angioma cavernosum*).

Innym jest ogólny wygląd przekroju w górnej części lędźwiowej. Rozmiary przekroju są tu daleko większe, przytem odrazu zwracają uwagę grube pęczki tkanki łącznej, wśród których rozrzucone są skupienia komórek nowotworowych. Jaka część preparatu odpowiada tu rdzeniowi, określić niepodobna: narząd ten na danej wysokości doszczętnemu uległ zniszczeniu; podobny los spotkał i korzenie pozardzeniowe. Przekrwienie bardzo znaczne, wiele naczyń również szklisto zwyrodnionych i zwapnionych; lecz oprócz nich gdzieś widać tętnice o wyraźnych cechach sprawy zapalnej: błona zewnętrzna i mięśniowa silnie nacieczone, rozrośnięta intima prawie całe światło naczynia wypełnia.

Na wysokości korzeni grzbietowych dolnych [11—12] na przekroju widzimy tylko masę nowotworu, otoczoną przez oponę twardą; przy bliższem jednak rozpatrywaniu preparatu, w środkowej części wyróżnić można kontur rdzenia w postaci smugi łączno-tkankowej; w obrębie jej komórki mięsakowe są mniej skupione niż w części obwodowej, między nimi przebiegają pęczki tkanki łącznej i liczne smugi i bryłki masy szklistej, powstałej bez wątpienia ze zwyrodnionych naczyń; w niektórych z nich pozostało jeszcze światło. W jednym tylko miejscu zachowała się wysepka substancji rdzeniowej, jednakże właściwej tkanki nerwowej jest tu bardzo mało i na preparatach obrobionych według WEIGERT'a niepodobna odróżnić tego miejsca gołym okiem; wszędzie jednakowe żółte zabarwienie. Jednakże przy znaczniejszem powiększeniu widać tutaj beleczki zgrubiałej neuroglii i w przestworach między nimi bryłki myeliny i rozpadu; gdzieś widać delikatną siateczkę z nadzwyczaj cienkich włókien myelinowych, podobnych do tych, które znajdują się normalnie w substancji szarej rdzenia; w oczkach tej siatki skupienia masy drobnoziarnistej—prawdopodobnie resztki komórek zwojowych.

Wyżej, na wysokości 9-go korzenia grzbietowego wejrzanie przekroju poprzecznego jest podobnem, tylko opona twarda, pozostając otwartą z prawej strony, z masą nowotworu nie jest zrośnięta. Ta ostatnia na tym poziomie umiejscawia się przeważnie na zewnątrz od *pia mater*, sam zaś rdzeń, wprawdzie bardzo zniekształcony, wyróżnia się jednak wybitnie na ciemnym tle elementów nowotworu [barwienie hematoksyliną]. Substancja rdzenia jest tutaj również zniszczona; w części środkowej widać ciemną plamę—skupienie komórek mięsakowych w samym rdzeniu; w częściach obwodowych zwracają

uwagę obręby, prawie nie zabarwione; zapełnia je ścięty przesięk, zawierający nieliczne strzępki tkanki nerwowej, komórki mięsakowe, krążki krwi i t. d.. Przekrwienie w naczyniach bardzo wybitne, ilość naczyń szklisto zwyrodnionych wielka, gdzieniegdzie tworzą one całe wysepki substancji hyalinowej. Jako tako zachowanych elementów nerwowych bardzo niewiele, zwykłego rysunku rdzenia odróżnić nie można.

Gdzieniegdzie widnieją korzenie pozardzeniowe, znacznie nacieczone ze szczupłą ilością włókien nerwowych.

Począwszy od 8-go korzenia grzbietowego, przekrój poprzeczny ma inne zupełnie wejście. W zamkniętym pierścieniu opony twardej widzimy masę nowotworową, rozdzieloną na ogniska grubymi smugami tkanki łącznej; w tej ostatniej biegną ogromne naczynia, o ścianach zgrubiałych i nacieczonych, przepelnione krwią; lecz ani zwyrodnienia szkliste, ani zwapnienia w ścianach tych niema. Uciśnięty rdzeń przybrał na przekroju postać wielokąta o bokach wklęsłych; cała jego część środkowa jest zniszczona przez nowotwór, który przedostał się prawdopodobnie przez bródę przednią. Budowa nowotworu jest tutaj nieco odmienną, niż w częściach leżących po za rdzeniem: elementy komórkowe nie tak skupione, między nimi ogromna ilość naczyń, już to przepelnionych krwią, już też niedroźnych i zwyrodnionych szklisto; gdzieniegdzie bryłki i smugi substancji szklistej, sporo też pęczków tkanki łącznej, miejscami tkanka zniszczona przez ścięty drobnoziarnisty przesięk.

Ten nowotwór ośrodkowy mieści się przeważnie w prawej połowie rdzenia, włókien nerwowych pozostało w niej bardzo niewiele; z lewej zaś strony na preparatach, obrobionych według WEIGERT'a, nieźle zabarwionymi okazują się sznury boczny i przedni oraz róg przedni; jednakże przy powiększeniu znaczniejszem i te, względnie lepiej zachowane części tkanki rdzeniowej przedstawiają zmiany wybitne: bardzo znaczne przekrwienie, nacieczenie i zgrubienie przegródek łączno-tkankowych, zanik wielu włókien myelinowych, szczególnie na obwodzie, w pozostałych znów obrzmienie włókienek osiowych i t. d..

Obraz nie tak wielkiego zniszczenia widzimy wyżej nieco na poziomie 7-go odcinka grzbietowego. Nowotwór otacza pierścieniem rdzeń i wypełnia bródę przednią; oprócz tego w samym rdzeniu tworzy on plamę, nie mającą związku bezpośredniego z częścią nowotworu oponową. W plamie tej pęczki tkanki łącznej układają się w zębaty zamknięty kontur, wypełniony przez komórki mięsakowe i luźnie leżące krążki krwi. Preparaty, obrobione według WEIGERT'a, wykazują, że nowotwór, rozwijając się wewnątrz rdzenia, więcej rozsunał niż zniszczył elementy nerwowe: z obu stron plamy widać rogi przednie i tylne substancji szarej. Substancja biała nie uległa bezpośredniemu zniszczeniu przez sprawę nowotworową; jest ona tylko uciśniętą; zabarwienie myelinowe sznurów bocznych i przednich zupełnie dostateczne, z wyjątkiem warstwy obwodowej; w sznurach tylnych bardzo wybitne zwyrodnienie [wstępujące].

Na wysokości 6-go korzenia grzbietowego przekrój poprzeczny rdzenia ma wejście następujące: w części środkowej zwraca uwagę otwór

względnie znacznych rozmiarów, nieprawidłowej postaci; wokoło otoczka z tkanki łącznej, ułożonej w zęby i festony, wśród których mieszczą się elementy mięsakowe, i na wewnętrznej powierzchni tej otoczki łączno-tkankowej widać kępki komórek mięsakowych wraz z krążkami krwi. Wszystko to otacza pierścień wybijanej neuroglii, wybitnie nacieczony i bogatej w naczynia krwionośne; w tej warstwie widać również kanał środkowy, wysłany bardzo pięknym nabłonkiem, bynajmniej niepodobnym do elementów nowotworowych. Łączności między otworem w rdzeniu a kanałem środkowym niema żadnej. Substancja biała i szara rozmieszczona jest na tym poziomie tak, jak i w odcinku poprzednim, tylko rdzeń nie jest tak bardzo uciśnięty, pomimo że elementy mięsakowe tworzą wokoło niego całkowity pierścień, zawierający i korzenie nerwowe.

Ta jama w rdzeniu ciągnie się tylko do końca następującego, t. j. 5-go odcinka grzbietowego, przytem rozmiary jej zmniejszają się znacznie. Na granicy tego odcinka w rdzeniu widać niewielką plamę z komórek nowotworowych, które zniszczyły substancję szarą ośrodkową i część lewego sznura tylnego; wśród tych elementów mięsakowych przebiega znaczna ilość naczyń o ścianach zgrubiałych i nacieczonych. Obok tej plamy wije się wąziutka szczelina [górną część jamy rdzeniowej], okolona pasmem zbitej neuroglii, zawierającej sporą ilość włókien łączno-tkankowych i naczyń niedrożnych. Na tym więc poziomie widzimy, że te dwa wytwory patologiczne w rdzeniu, mianowicie skupienie elementów mięsakowych i jama, nie stanowią już jednej bezpośredniej całości.

Wyżej stosunki te występują jeszcze wyraźniej. Na wysokości drugiego korzenia grzbietowego, na miejscu odpowiadającym szczelinie, widzimy szeroką smugę wybijanej neuroglii, równoległą do lewego rogu tylnego, pośrodku tej smugi tkanka przedstawia się rozrzedzoną i przejrzystą: jest to początek szczeliny; neuroglia obfituje w naczynia, po większej części niedrożne, oraz w komórki, noszące cechy zwykłych komórek neuroglicznych i bynajmniej niepodobne do elementów mięsakowych. Te ostatnie tworzą skupienie już w przeciwległej połówce rdzenia, mianowicie w części ośrodkowej prawego słupa BURDACH'a. Między temi obu wytworami leżą słupy GOLL'a, zmienione przez zwyrodnienie wstępujące.

Na tej więc wysokości widzimy dwie jakoby samoistne sprawy chorobowe, niszczące w różnych miejscach rdzenia tkankę nerwową: z jednej strony jest to bujanie neuroglii [glioza] z powstaniem jamy, z drugiej zaś skupienie elementów mięsakowych. Kanał środkowy i tutaj nie ma widocznego udziału w obu tych sprawach; występuje on bardzo wyraźnie, będąc na tej wysokości podwójnym. Pozostałe obręby rdzenia, oprócz wyżej wspomnianych, przedstawiają się względnie zdrowymi z wyjątkiem znacznego przekrwienia i niezbyt wybitnego stwardnienia obwodowego. Na tym poziomie względnie mniej rozwiniętym jest i nowotwór w oponach: przylega on tylko w kształcie półksiężyca do tylnej powierzchni rdzenia; znaczniejsze jednak powiększenie wykazuje, że elementy mięsakowe znajdują się i poza granicami tego półksiężyca: wysięcają one wszystkie włókienka i belecзки tkanki łącznej

w przestrzeni pod oponą twardą (*spatium subdurale*) nawet u przedniej powierzchni rdzenia.

Rozmiary nowotworu w oponach zwiększają się jednak na poziomie pierwszego odcinka grzbietowego i dolnych szyjowych; rdzeń przedstawia się przede wszystkim bardziej uciśniętym. W części środkowej plama nowotworu jest mniejszą i granice jej zarysowują się niewyraźnie; w pozostałych obrębach przekroju poprzecznego zabarwienie myelinowe jest dostateczne z wyjątkiem, rozumie się, zwyrodnionych sznurów tylnych.

Szczególniej rozwiniętym okazuje się nowotwór oponowy na poziomie 6-go odcinka szyjowego: zajmuje on tu większą powierzchnię niż rdzeń; główna masa leży u powierzchni tylnej i tylko z lewej strony widzimy wążką obwódkę nowotworu, dochodzącą do bruzdy przedniej. Masa ta wywarła bardzo silny ucisk na rdzeń w kierunku przednio-tylnym; lecz oprócz tego wchodzi weń klinem, przez prawy róg tylny, i tkanka nowotworowa, zniszczywszy w tym miejscu substancję nerwową. W części środkowej rdzenia, w sznurach tylnych zwracają uwagę dwa jasne, ostro odgraniczone trójkąty; w obrębach tych znaczniejsze powiększenie wykazuje leukocyty, o blade zabarwionem jądrze, rozpad ziarnisty i ogromną ilość bryłek i strzępków myeliny, szaro-niebieskiego koloru [na preparatach według WEIGERT'a]. Wokoło wyróżnia się otoczek z wybujałej, obficie unaczynionej i nacieczonej neuroglii z domieszką włókien zwykłej tkanki łącznej.

Oryginalnie przedstawiają się na tym poziomie kanały środkowe. „Kanały“, gdyż jest ich tutaj 6—7; rozmaite co do postaci i wielkości, lecz wszystkie wysłane pięknym nabłonkiem cylindrycznym, leżą one wśród wybujałej neuroglii, tworząc wraz z nią falistą smugę, gołym dostrzegalną okiem.

Substancja szara niezmiernie przekrwiona, ze szczupłą ilością komórek zwojowych, z których jedne zachowały się dobrze, w innych zaś zbywa na wyrostkach, protoplazma zmętniała i jądro niewyraźne.

Na wysokości 4-go odcinka szyjowego nowotwór w oponach nie jest już tak dalece rozwiniętym: na przekroju poprzecznym otacza on rdzeń wazintkim tylko pierścieniem. Ale powierzchnia samego przekroju rdzenia zadziwia na tym poziomie swymi rozmiarami; 16×14 mm. dla 15-letniej dziewczynki, jest to bezwarunkowo ogromne powiększenie; nie ulega wątpliwości, że pochodzi ono wskutek obrzęku rdzenia i ślady jego pozostały na preparacie; włókna nerwowe są daleko rozsunięte, substancja szara jakby nabrzmiała. Wogóle jednak tkanka nerwowa zachowana jest względnie dobrze z wyjątkiem sznurów tylnych, w których oprócz zwyrodnienia wstępującego zwraca jeszcze uwagę rozlane bujanie neuroglii. Szczególnie obfitem jest to ostatnie w części ośrodkowej lewego sznura BURDACH'a; widzimy tu rzeczywistą gliozę; w rozmaitych kierunkach przecinają się pęczki neuroglii, tworzące miejscami rozgałęzione i faliste smugi; elementów komórkowych także bardzo wiele. Cały ten obręb jest bardzo bogaty w naczynia, przepełnione krwią. Kanał środkowy przedstawia się niejednakowo na rozmaitych skrawkach, zrobionych na tej wysokości: na jednych jest on półokrągły, na drugich wielokątny, na innych wreszcie ma postać długiej, rozgałęzionej szczeliny. Przeglądając se-

ryę skrawków postępową, można się przekonać, że z takich właśnie rozgałęzień i uchylków powstają te dodatkowe kanały środkowe, których jest tak wielka ilość na niektórych preparatach.

Na poziomie 3-go korzenia szyjowego nie widać nowotworu na obwodzie rdzenia, lecz zato wypełnił on i rozsunał bruzdę przednią, zajmąwszy również i oba sznury przednie, bardzo symetrycznie. Sam rdzeń, już nie tak znacznych rozmiarów jak niżej, ma na preparatach obrobionych według WEIGERT'a wejrzenie niezmiernie oryginalne, wskutek wielkiej ilości zwyrodnionych obrębów: części, przytykające do brzozy przedniej, są bezpośrednio przez nowotwór zniszczone; w pęczkach GOLL'a i torach mózdkowych bardzo wybitne zwyrodnienie wstępujące: cała część ośrodkowa rdzenia nosi barwę jaśniejszą; zanikło tu wiele włókien nerwowych i miejsce ich zajęła wybujała neuroglia. W lewym sznurze BURDACH'a, jak i niżej, gliozą w postaci rozgałęzionej smugi, obfitej w komórki. Przekrwienie rdzenia jest tu ogromne; w sznurach tylnych np. przebiega naczynie o świetle, którego średnica przewyższa $\frac{1}{2}$ promienia rdzenia.

Wyżej w rdzeniu owa gliozą w sznurze BURDACH'a zmienia swą postać na wysokości 2-go korzenia szyjowego widać w niej wąską szczelinę, wijącą się w kierunku rogu tylnego; brzegi szczeliny, utkane z włókien i komórek neuroglii oraz z pęczków zwykłej tkanki łącznej, występują wyraźnie na tle rozrzedzonej substancji sznurów tylnych. Cały ten obręb jest wielce unaczyniony i przekrwiony. Na rozmaitych skrawkach z tego poziomu kanał środkowy przedstawia się bądź podwójnym, bądź pojedynczym, bądź zupełnie obliterowanym, lecz nie wychodzi z poza granic swego miejsca fizjologicznego, nie zbliżając się nigdzie do owej szczeliny.

Posuwając się dalej ku górze, widzimy, że szczelina w rdzeniu rozszerza się, tworząc na granicy między 1-y i 2-gim odcinkiem szyjowym jamę nieprawidłowej postaci o względnie znacznych rozmiarach. Zmienia ona wybitnie rysunek przekroju poprzecznego: pęczki GOLL'a [w nich zwyrodnienie wstępujące] odsunięte, przestrzeń między rogami tylnymi zwiększona ogromnie. Brzegi tej jamy zachowują swe utkanie zbite, w obrębie zaś okrężnym rozrzedzenie do najwyższego doszło stopnia; włókien nerwowych jest tu niewiele, neuroglia ułożyła się w siatkę o szerokich oczkach, bądź pustych, bądź zawierających bryłki myeliny lub masy drobnoziarnistej. Przyczyny tego rozrzedzenia daleko szukać nie trzeba: jest nią niezmierny zastój limfy, — ścięty prześięk zajmuje przestrzeń między włóknami, rozsuwając je i tworząc w paru miejscach duże ogniska. Takie rozrzedzenie tkanki nerwowej widoczne jest na całym obszarze sznurów tylnych [z wyjątkiem wąskiego klina stwardnienia wstępującego], i wyrazem tego rozrzedzenia jest cały szereg rozmaitych szczelin i dziur, wytworzonych sztucznie przy utrwalaniu preparatu, ale umiejscowionych wyłącznie tylko w sznurach tylnych. W oponach na tym poziomie widzimy tylko wąziutką obwódkę masy nowotworowej, skupionej przeważnie z lewej strony.

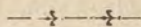
Z zupełnie rozmiękczonego rdzenia przedłużonego udało się zachować zaledwie dwa odcinki. Jeden na wysokości skrzyżowania piramid;

nie widać tu elementów mięsakowych, ani w oponach ani w rdzeniu, lecz w tym ostatnim zwraca uwagę ogromne przekrwienie i nacieczenie o cechach czysto zapalnych. Drugi odcinek odpowiada jądru nerwu podjęzykowego; w górnej połowie przekroju również oznaki sprawy zapalnej, w dolnej, w oponach widać masę nowotworu, wypełniającą przestrzeń pomiędzy obu piramidami.

Zupełnie analogiczną jest budowa przerzutów mięsakowych w mózdzku i mózgowiu. Elementy komórkowe tworzą w oponach skupienia, przylegające bardziej lub mniej grubą warstwą do tkanki nerwowej.

W pniach nerwowych oraz w mięśniach, szczególnie na kończynach dolnych—oznaki wybitnego zaniku o cechach zwyrodnienia, przytem pnie nerwowe, należące do splotu lędźwiowego i krzyżowego, i po wyjściu z kanału kręgowego [na niewielkiej przestrzeni] zawarte są w pochwie z elementów mięsakowych. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



74. Scheibner. Czy migdały pośredniczą przy zarażaniu się gruźlicą?

W ostatnich czasach zwrócono uwagę na drogi szerzenia się gruźlicy i zadano sobie pytanie, w jaki sposób laseczniki dostają się do ustroju?

Drogi szerzenia się gruźlicy są rozmaite; a mianowicie: przez odziedziczenie (zarażenie łożyskowe lub nasienne), przez bezpośrednie przeniesienie, przez pokarmy i napoje i przez wdechanie z powietrzem. Gruźlica powstająca przez wdechanie zajmuje pierwsze miejsce pomiędzy różnymi rodzajami zarażenia, i przy zwalczaniu choroby należy na to zwrócić uwagę.

Wiadomo, że nie wszyscy ludzie, którzy wdechają laseczniki, chorują na gruźlicę. Jakkolwiek bowiem w miejscowościach kuracyjnych np. *Lippspringe*, liczba suchotników corocznie wzrasta, gruźlica jednak wśród mieszkańców stałych nie staje się wcale częstszą. Z drugiej strony wiadomo, że dozorcacy suchotników często ulegają gruźlicy. Do ostatnich czasów nie wiadomem było, w jaki sposób następuje zarażenie, tem więcej, że początkowych okresów choroby nikt nie badał. Dopiero w niedawnych czasach BIRCH-HIRSCHFELD dokonał badań płuc na trupach skazańców lub zmarłych na inną chorobę, i wyjaśnił sposoby powstawania, rozwoju i umiejscowienia się gruźlicy płucnej.

Laseczniki, wchodzące z powietrzem do dróg oddechowych, zanim dojdą do płuc, mogą się osadzać i wywoływać zakażenie w nosie, w gardle, mianowicie na podniebieniu i na migdałkach, na strunach głosowych i na błonie śluzowej całego kanału oddechowego. Zaraza najczęściej rozwija się na podniebieniu i na migdałach, które leżą na granicy kanału oddechowego i pokarmowego. Stykają się one z powietrzem wdechanem, z pokarmami i ze śluzem, wydzielanym z oskrzeli. Zarażenie ich możliwem jest jeszcze za pośrednictwem naczyń krwionośnych i limfatycznych.

Wbrew zdaniu VIRCHOW'a, że migdałki nigdy nie podlegają gruźlicy, nowsi autorzy przytaczają spostrzeżenia, z których widać, że bywa zupełnie inaczej. STRASSMANN w 21 przypadkach znalazł 13 razy gruźlicę wtórną migdałków, powstałą przez samozakażenie. Literatura, dotycząca tego przedmiotu, jest już bardzo obfita, i wielu autorów stwierdziło częstość gruźlicy migdałów przy gruźlicy płuc. Ponieważ migdały często biorą udział w chorobie przy płonicy, błonicy i t. p., nasuwa się tedy pytanie, czy mogą one ulegać pierwotnej gruźlicy i jaką rolę odgrywają przy zarażeniu się i szerzeniu

choroby. Wszyscy autorowie zgadzają się, że pierwotna gruźlica migdałków nie jest zbyt rzadką chorobą. Zараżenie za pośrednictwem pokarmów najczęściej objawia się pierwotnie gruźlicą migdałków, a wtórne zarażenie ich zachodzi tylko za pośrednictwem wydzielanej z płuc płwociny. Wyjątek podług SCHLESINGERA stanowią dzieci. Tak pierwotna jak i wtórna gruźlica rozwija się na tle ostrego lub przewlekłego zapalenia migdałków (przerostu), które stanowią wtedy *locus minoris resistentiae*.

Pierwotna gruźlica migdałków rozwija się wskutek zarażenia przy oddechaniu. Przy chorobach bowiem przewlekłych gardzieli chorzy oddechają przez usta. ROTH twierdzi, że laseczniki lub ich zarodki zawarte w pyłe wdychanego powietrza osiadają w gardzieli i na migdałkach. Nie potrzeba nawet pyłu, gdyż podług CORNET'a, powietrze w pokojach, zamieszkałych przez suchotników, zawiera laseczniki.

Co do zdolności chłonnej migdałków zdania autorów różnią się, nie można jej jednak zupełnie wyłączyć, zwłaszcza przy gruźlicy wtórnej. Na migdałkach, a zwłaszcza w kryptach znajdują laseczniki sprzyjające warunki do rozwoju, nabłonek jest tu cieńszy i często znajduje się w stanie zapalnego łuszczenia. Toż samo stosuje się do migdałka gardzielowego.

Ważne są spostrzeżenia STRAUSSA z Paryża. Znalazł on laseczniki gruźlicze w jamach nosowych u osób zdrowych, które często przebywały w pokoju suchotników, u dozorców szpitalnych, u chorych przebywających w szpitalu z powodu innej choroby, następnie u asystentów szpitalnych.

Śluz z nosa tych 29 osób szczepiono pod otrzewną świnkom morskim. Z 29 szczepionych 7 zdechło w pierwszych dniach na posocznicę lub ropne zapalenie otrzewnej, 13 pozostało zdrowych, a przy badaniu pośmiertnym nie znaleziono u nich gruźlicy, 9 zachorowało na gruźlicę stwierdzoną po śmierci. Z 29 osób, badanych w ten sposób na laseczniki, 9 miało w śluzie z nosa zarazki w stanie czynnym, pomimo że płuca ich były zupełnie zdrowe. Z tych dziewięciu było dwóch asystentów, jeden chory nie suchotnik i sześciu posługaczy szpitalnych.

W ten sposób przekonano się, że pokoje zamieszkałe przez suchotników zawierają w powietrzu laseczniki gruźlicze, i że te laseczniki dostać się mogą do jam nosowych zdrowych ludzi i zachować tam całą swoją złośliwość. Śluz z nosa jest w ciągłej styczności z migdałkami, a szczególnie z migdałkiem gardzielowym, może więc tak samo jak śluz z oskrzeli wywołać pierwotną ich gruźlicę.

Autor badał świeżo wycięte migdały i migdałek gardzielowy, pochodzące od osób młodych, wolnych od gruźlicy płucnej i zmarłych na inną chorobę, oraz od osób, u których znajdowano świeże lub zabliznione ogniska gruźlicze; następnie od zmarłych na ogólną lub ostrą gruźlicę prosówkowatą.

Pierwszej kategorii t. j. badania migdałów wyjętych drogą operacyjną u osób zdrowych w wieku od 3 — 17 lat dokonał autor 29 razy. Laseczników nie znalazł w żadnym przypadku. Gruźelki i komórki olbrzymie znalazł dwa razy; przerost, zapalenie przewlekłe, przeistoczenie śluzowate, bujanie tkanki łącznej i wytworzenie blizn znajdował kilkakrotnie.

Badania migdałków, pochodzących od osób zmarłych dały następujący rezultat:

- 1) W 13 przypadkach nie znaleziono śladów gruźlicy w płucach i innych narządach.
- 2) w 6 znaleziono zabliznione ogniska.
- 3) w 4 nieznacznie skrytą gruźlicę.
- 4) w 6 rozsianą gruźlicę płuc i innych narządów.
- 5) w 2 gruźlicę prosówkowatą bez rozpadu płuc.
- 6) w 1 gruźlicę opon mózgowych bez gruźlicy płuc.

We wszystkich 32 przypadkach autor badał nie tylko migdałki, lecz i gruczoły szyjowe i oskrzelowe, a wyniki były następujące:

1) Z pierwszych 13 przypadków znalazł autor podejrzanę blizny w migdałach dwa razy.

2) Z pośród 6 przypadków zabliznionej grzylicy płuc badanie drobnowidzowe nie wykazało grzylicy migdałków ani gruczołów. Znajdowano tylko zwapnienie gruczołów z zanikiem tkanki gruczołowej.

3) Z trzeciej grupy znaleziono raz jeden grzylicę migdałków przy badaniu drobnowidzowym.

4) Na 6 przypadków czwartej grupy znaleziono w czterech grzylicę migdałka.

5) W dwóch przypadkach grzylicy prosówkowatej bez zajęcia płuc nie znaleziono grzylicy migdałów.

6) W przypadku grzylicy opon mózgowych znaleziono stare zmiany w płucach i gruzelki w migdałach i gruczołach szyjowych.

Autor przypuszcza możliwość rozwoju grzylicy opon mózgowych w następstwie grzylicy migdałów lub gruczołów szyjowych.

Oprócz tego autor szczepił świnkom morskim pod otrzewną część migdałka świeżo wyciętego 42 razy. Z tej liczby 9 zwierzątek zdechło od zakażenia, 29 z niewiadomej przyczyny. Raz tylko znaleziono zserowacenie gruczołów pachwinowych i pachowych, lecz nie stwierdzono grzylicy. W dwóch przypadkach znaleziono u zdechłych zwierząt małe białawe punkceiki w rozmaitych narządach, a szczególnie w wątrobie, podobne do poczynającej się grzylicy prosówkowatej. Badanie drobnowidzowe tych tworów nie wykazało grzylicy, lecz tylko zgorzel. Pozostałe zwierzątka zabito po kilku tygodniach i nie znaleziono w nich nic godnego uwagi.

Nakoniec autor robił hodowle na podłożu HESSE'go, na którym, jak wiadomo, laseczniki zaczynają bujać już po 15 godzinach. Szczepienia jednak cząstek migdałków nie dały żadnego rezultatu, podczas gdy szczepienia płwociny lub zawartości jam dały wyraźne hodowle laseczników.

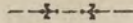
Ogólne wnioski z badań autora były następujące: Na 60 histologicznie badanych przypadków w 4 tylko rozpoznać można było z wielkim prawdopodobieństwem pierwotną grzylicę migdałków, z których trzy określa autor jako powstałą drogą wdechania [aspiracyjną], jedną — będącą następstwem zarażenia przez pokarmy. Stanowi to zaledwie 5%.

Wnioskuje ztąd wbrew zdaniu STRAUSS'a, że zarażenie drogą wdechania powietrza zawierającego laseczniki zdarza się bardzo rzadko. STRAUSS miał zamiar robić badania śluzu z nosa u osób, nie mających styczności ze szpitalem i z suchotnikami; zamiarom jego jednak przedczesna śmierć stanęła na przeszkodzie. SCHEIBNER pragnie ten zamiar w czyn wprowadzić i zapowiada nam na jesień roku bieżącego dalszy ciąg swej pracy, jako uzupełnienie dotychczasowych poszukiwań.

(*Deutsche Medic. Wochenschrift* № 21).

Alfons Malinowski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.



Wydział higieny szpitali i przytułków.

Posiedzenie z dnia 2-go czerwca.

Dr. J. POLAK. Stan i potrzeby szpitali naszych. Autor obrał sobie metodę przeważnie porównawczą w celu określenia ilościowego i jakościowego rozwoju szpitalnictwa. Przedewszystkiem zestawia szpitalnictwo z przed 100 laty, jak je opisał HOWORD i inni, ze sprawozdaniami o naszych szpitalach z tej samej epoki. Okazało się, że różnice są bardzo małe. Szpitalnictwo nasze mniej więcej odpowiadało ówczesnym wymaganiom. W miarę rozwoju higieny Warszawa zdążyła za Europą, lecz od 30 lat ożywiony ruch w Europie przestał na nas oddziaływać. Budowa nowego szpitala Św. Ducha była ostatnim wyrazem tych dążeń. Upadek datuje się od 1870 roku. Ilościowo upadek ten tak się przedstawia, iż gdy w 1859 r. w Warszawie na 10000 mieszkańców przypadało 75 łóżek szpitalnych, to w 1867 r. było 50, a w 1897 r. zaledwie 25. Tymczasem, jak widać z zestawień urzędowych różnych miast Europy, liczba łóżek szpitalnych wzrasta szybciej niż ludność; gdy np. w Anglii ludność zwiększyła się w ciągu 20 lat o 27,6%, to liczba łóżek zwiększyła się o 71,1%.

Liczbę łóżek dla Warszawy potrzebnych określa autor w trojaki sposób:

1) na zasadzie rozważań teoretycznych—przyjmując śmiertelność miasta 28, ludność = 700000, liczbę przypadków chorób kwalifikujących się do leczenia szpitalnego, jako 10 razy większą od liczby zgonów [na podstawie minimalnej śmiertelności szpitalnej], a liczbę ludności ze względu na zamożność kwalifikującej się do szpitali jako 60% całej ludności [na podstawie spisu jednodniowego z 1882 r.];

2) przez zastosowanie stosunku łóżek do ludności w 1867 r., przyjmując, że wówczas stosunek ten był bliższym normy, jak to wypada z porównania innych miast, wreszcie

3) przez zastosowanie normy obecnej w innych miastach, gdzie szpitalnictwo stoi prawidłowo.

Metoda pierwsza wykazuje liczbę łóżek potrzebnych 3150, metoda druga — 2988; według zaś trzeciej — gdyby przyrównać Warszawę do Hamburga, wypadłoby 3480 łóżek, w porównaniu z Berlinem 3060, z Monachium i Dreznem 3060, z Londynem 3420.

Przechodząc do jakościowego stanu szpitalnictwa, autor określa naprzód przestrzeń kubiczną potrzebną na 1 łóżko i przyjmuje za podstawę cyfrę 35 metr. sześć. Z cyfr zaś zebranych przez komisję szpitalną, będącą pod przewodnictwem szambelana TURAU, wypada, że w istocie przypada u nas na 1 łóżko około 25 metr. sześć. Należałoby więc liczbę obecnie istniejących łóżek zmniejszyć o $\frac{25}{35}$, aby doprowadzić kubiczność do normy 35, zresztą bardzo skąpej, zważywszy brak wentylacji.

Z danych powyższych wynika, że oprócz istniejących miejsc należałoby utworzyć jeszcze najmniej 1500 łóżek dla chorych ogólnych.

Co do utrzymania chorych, autor przytacza zestawienie wydatków na chorego w różnych szpitalach Europy i Ameryki półn. W szpitalach angielskich utrzymanie chorego wynosi średnio około 2 — 2½ rs. dziennie; w Paryżu 1,20 rs., w Niemczech [Berlin, Drezno] około 1,70 rs.; w Ameryce bardzo rozmaicie od 1,50 rs. do 4,50 rs., w Galicyi 75 centów, w Warszawie około 55 kop.. Według autora, przy dobrej gospodarce szpitalnej można przyjąć w War-

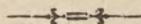
szawie kosztu utrzymania chorego 80 kop. dziennie. Koszta budowy szpitali, według danych zebranych przez КУНН'а, wynoszą rozmaite sumy, ale większe wzorowe zakłady budowano już w cenie około 1000 rs. na 1 łóżko. Budowa więc i urządzenie szpitali potrzebnych dla Warszawy kosztowałyby około 2 mil. rs., utrzymanie zaś szpitali w dodatku do kosztów obecnych wyniosłoby $\frac{1}{2}$ mil. rs. Suma ta przy oszczędnej gospodarce, przy zredukowaniu kosztów administracji, przy własnych urządzeniach centralnych [rzeźnia, młyn, piekarnia, skład materiałów aptecznych] pozwoliłaby na wprowadzenie ulepszeń, jakich domaga się prasa lekarska, a do których autor dodaje jeszcze pracownię fotograficzną i modelarską.

Co do źródeł polepszenia finansów, czyni autor następujące uwagi:

- 1) filantropia powinna znaleźć ujście w szpitalnictwie, do czego niezbędnym jest szeroki udział społeczeństwa w zarządzie i administracji szpitali;
- 2) podatek miejski tylko w części winien być używany na szpitale, głównie zaś winien wspierać szpitale przez zmniejszenie liczby chorych, *respect.* przez wprowadzanie urządzeń higienicznych miejskich;
- 3) podatek rublowy z prawem bezpłatnej kuracji szpitalnej chyba celu i nie wytrzymuje krytyki pod żadnym względem;
- 4) koszta kuracyjne powinny stanowić znaczną rubrykę dochodu;
- 5) użyte być winne środki celem zapewnienia administracji szpitalnej jaknajwiększej kompetencji i zaufania ogółu.

W. M.

Wiadomości bieżące.



— W Paryżu zawiązało się świeżo „*Société de Neurologie*“, mające, jak brzmi statut, na celu zbieranie się peryodycznie lekarzy, zajmujących się chorobami nerwowymi. Ze statutu tego wyciągamy kilka faktów ciekawych dla porównania z naszymi warunkami, mianowicie, iż Towarzystwo odbywa posiedzenia raz na miesiąc [9 tylko rocznie] o godz. $9\frac{1}{2}$ rano, że członkowie czynni płacą składkę roczną po 100 franków, a korespondenci krajowi 40 franków, za co wzamian otrzymują bezpłatnie organ Towarzystwa „*Revue neurologique*“, i że czas trwania każdego komunikatu oznaczono *maximum* na kwadrans. Prezesem Towarzystwa wybrano prof. psychiatrii w Paryżu JOFFROY, wiceprezesem prof. neuropatologii RAYMOND'a a sekretarzem stałym MARIE'go.

— Otrzymałiśmy „protokół dorocznego walnego zgromadzenia członków Podolskiego oddziału St. Petersburgskiego Towarzystwa Lekarskiego wzajemnej pomocy, odbytego d. 12 i 13 [s. s.] lutego r. b.“.

Komunikaty takie mają duże znaczenie dla nas. Nieraz odzywaliśmy się już do Towarzystw prowincjonalnych z prośbą o przysyłanie nam takowych. Dają one miarę działalności prowincji i jej potrzeb. Szersze ich rozpowszechnienie wytwarza ruch w całym społeczeństwie lekarskiem.

Zacytowany powyżej pokazuje, że prowincya nie śpi i we właściwym zakresie przyczynia się do dobra ogólnego.

O ile nam wiadomo, Towarzystwo wspomniane ma przedewszystkiem cele i znaczenie moralne, mianowicie utrzymanie łączności koleżeńskej i stosunków towarzyskich wśród lekarzy wogóle, zacieśnienie zaś silniejsze tego węzła w mniejszych kółkach, przy pomocy filii prowincjonalnych, jak w danym wypadku gubernialnej.

Podolska filia jest młodą ¹⁾, datuje zaledwie od lat 5-ciu i istnieje niezależnie od dawniejszego Towarzystwa lekarzy podolskich w Kamieńcu Podolskim, mającego zadania teoretyczno-naukowe. W krótkim stosunkowo jednak czasie filia ta potrafiła wyrobić sobie poważne stanowisko.

Z zestawienia prac i sprawozdań z innych filii, odczytanego na tem zgromadzeniu, widocznem jest, że z małej 3-rublowej rocznej składki potrafiła ona w tak krótkim czasie zaoszczędzić poważniejszy od innych filii kapitał, blisko 1½ tysiąca rb. wynoszący, z którego dawane są wsparcia w nagłych i koniecznych potrzebach i pożyczki członkom; a nadto oddział otrzymuje już zapisy na kapitał żelazny [w roku sprawozdawczym od wdowy po s. p. D-rze med. KOENIGSFESICIE z Balty] ze specjalnem przeznaczeniem procentów na opłatę wpisów szkolnych za sieroty biedne po lekarzach miejscowych.

Oddział więc podolski widocznie cieszy się powagą i uznaniem wśród miejscowych lekarzy, czego zresztą dowodzi i liczba jego członków 126 z 263 w gubernii osiadłych, co wynosi prawie 48%, gdy, o ile wiemy, na całe Państwo kilkadziesiąt [30] takich filii zaledwo 1% wszystkich lekarzy gromadzi. Pracuje też on seryo, i w rozmaitych kierunkach, w granicach normalną ustawą zakreślonych.

Z ostatniego sprawozdania widać, że od dwóch lat zajęty jest pracą nad zawiązaniem miejscowej kasy lekarskiej wzajemnej pomocy. Widać, że hołduje zasadzie „*festina lente*“; ale w tak poważnej sprawie nie tylko mu to na zle nie wyjdzie, lecz może dać rzecz wszechstronnie obrobioną i wykończoną i na pewnych i trwałych podstawach opartą.

Wiadomo nam, że wszystko to zawdzięcza usilnej pracy i szczeremu oddaniu się sprawom koleżeńskim swego prezesa D-ra med. SULIMY.

Najważniejszą część obecnego „protokołu“ stanowi sprawozdanie z prac przedsięwziętych w oddziale nad tą kasą, bardzo szczegółowo opracowane i opatrzone licznymi i ciekawymi danymi statystycznymi i tablicami obrachunkowymi.

Dowiadujemy się z niego, że z polecenia Towarzystwa podjął się opracować projekt ustawy takiej kasy jeden z jego członków, kolega nasz, WŁADYSŁAW KOSSECKI z Płoskirowa, i że mu się udało szczęśliwie zadowolić ogół przedstawionym mu projektem, który obecnie jest w ostatecznej redakcyi dla podjęcia starań u Władzy o zatwierdzenie.

Projekt KOSSECKIEGO proponuje kasę, na zasadach stowarzyszenia finansowego opartą, z wyłączeniem filantropii, która będzie mogła, tylko w razie świetnego stanu interesów kasy, w wyjątkowych wypadkach, być praktykowaną. Mimo to uwzględni wszelkie chwilowe okoliczności materialnego bytu lekarzy na prowincyi i wprowadza dla członków możliwe ulgi i udogodnienia, na zasadzie wzajemności i koleżeństwa u jednego ogniska, że tak rzec można, oparte. Wyróżnia się właśnie tem pogodzeniem tak sprzecznych z sobą zasad i udowodnia rachunkiem możność takiego pogodzenia. Słowem usuwa niedogodności i utrudnienia, jakie dotychczas spotykają się tak w istniejących kasach przeważnie filantropijnych, jak i handlowych towarzystwach ubezpieczeniowych, przedstawiając szczęśliwe połączenie operacyi oszczędnościowo-pożyczkowych z ubezpieczeniowemi.

Ułożony on jest dla średniego bytu lekarzy na wsi, mogących i chcących, choćby z trudnością, opłacać 45 rb. rocznej składki, *resp.* 3 rb. 75 kop. miesięcznie dla zabezpieczenia swojej rodziny w razie śmierci lub sobie w razie niedołęztwa, spowodowanego wiekiem lub nieuleczalną chorobą, pewnej kwoty pieniężnej, corocznie się zwiększającej, zaczynając od 515 rb. 60 kop. w 1-szym roku, dochodzącej stopniowo w 10-ym roku do 1583 rb., w 23-im do 2010 rb. 60 kop., w 38-m do 2514 rb. kop. 60, nareszcie w 45-ym do 2796 rb.,

¹⁾ Dopełniamy niektóre szczegóły z korespondencyi prywatnej D-ra KOSSECKIEGO.

Jeżeli zwrócimy uwagę, że normalna dzisiejsza asekuracja 1000 rb. powinna kosztować, według obliczeń MALESZEWSKIEGO, 26-letniego, 19 rb. 13, kop. a 2000 rb.— 38 rb. 26 kop., ubezpieczenie tej ostatniej sumy dla 30-letniego 43 rb., dla 40-letniego 57 rb. 98 kop., dla 50-letniego 84 rb. 78 kop., w rzeczywistości zaś towarzystwa ubezpieczeniowe pobierają: od 26-letniego 42 rb., od 30-letniego 46 rb. kop. 60, od 40-letniego 64 rb. 40 kop., od 50-letniego 97 rb., łatwo dojrzymy taniść i dogodność projektowanej kasy podolskiej.

Bo któryż młody asekuruje się z myślą o krótszym od 20-letniego czasie obowiązku opłaty dożywotniej? Dla starszego zaś asekuracja w zwykłych towarzystwach jest prawie niedostępna, gdy w projektowanym daje mu szanse porównania się nawet z młodszym przy ewentualnej długowieczności, więc długoletniem należeniu do stowarzyszenia. Znacznie starszy, lub chory, choćby młody krócej żyjąc i należąc do kasy, dostaje mniej. Nadto wszyscy mogą mieć powiększone sumy oznaczone taryfą przez możliwy i przewidywany udział w zyskach, które stowarzyszeni dzielą między siebie i dopisują do swego kapitału oszczędnościowego, powiększającego się na zasadach ogólnych procentami.

Jest więc w projekcie przeprowadzona zasada najściślejszej sprawiedliwości i równości, sprawdzonej faktycznie, bez liczenia na los, lub oparcia na tego rodzaju niepewnych pod względem określenia zdolności życiowej dokumentach, jak metryka lub świadectwo zdrowia, których stowarzyszenie zupełnie nie potrzebuje, zastępując dotychczasową normę opłat według wieku, obliczoną rozmaitością sumy otrzymywanej stosownie do liczby lat pozostawiania w stowarzyszeniu.

Wyliczenia oparte są na wyprowadzonej z oficjalnych cyfr z departamentu lekarskiego, opublikowanych przez GREBIENSZCZYKOWA, 2%-wej śmiertelności lekarzy w Państwie całym [rzeczywiście 1,79%], w zestawieniu z zebraną przez miejscowy Urząd Lekarski gubernialny miejscową śmiertelnością wśród lekarzy, nieco mniejszą od tej ogólnej [1,4%]. Dają więc gwarancję bezpieczeństwa i trwałości przyszłej instytucji, która za to nie stawia żadnych ograniczeń swoim członkom, nie tylko pod względem wieku i stanu zdrowia, ale i pod względem czasu wstępowania do niej, a nawet usuwania się z niej i powracania do niej znowu. Ma być ona pod tym względem liberalniejszą od wszelkich dotychczas istniejących, a choć nie filantropijną, będzie humanitarną i koleżeńską w całym tego słowa znaczeniu.

Składka 45-rublowa rozpada się na dwie części: 15 rb. oszczędnościowo-pożyczkowych i 30 rb. asekuracyjnych. Pierwsze podlegają wszelkim prawom i przepisom normalnych kas oszczędnościowo-pożyczkowych i dają prawo członkom do otrzymywania z nich pożyczek 6-miesięcznych z dwiema prolongatami i 3-miesięczną jeszcze ostateczną zwłoką do wysokości sumy w ciągu lat uczestnictwa wniesionej przez członka na ten rachunek. Członek więc 5-letni może sam pożyczyć na każde żądanie 75 rb., 10-letni 150 rb., 20-letni 300 rb.; przedstawiając zaś poręczenie 1-go lub 2-ch członków-kolegów, może pożyczyć 2-krotną i 3-krotną względem tej sumy. Jest to więc znów swobodniejsze od praktyki zwykłych kas oszczędnościowo-pożyczkowych.

Druga część składki, 30-rublowa, daje prawo do ubezpieczenia w stosunku wykazanej 2%-wej śmiertelności. Ze względu jednak na odrzucenie metryk i świadectw zdrowia, normalna suma ubezpieczeniowa 1500 rb. otrzymuje się dopiero w 11-m roku należenia do kasy; przez 10 zaś pierwszych lat daje się z niej część tylko, zaczynając od 500 rubli i powiększając takową stopniowo o 100 rb. rocznie. Daje to możliwość nagromadzenia kapitału zapasowego w tym dziale aż do 14500 rb. przeszło na 100 członków w ciągu tego czasu, kapitału koniecznego dla trwałości kasy i zabezpieczenia jej od ewentualnej nadmiernej śmiertelności. Zasada ta jest zupełnie sprawiedliwą; a wobec tego, że niektóre kasy filantropijne, mając nawet duże fundusze żelazne, nie dają nic swoim członkom w ciągu pierwszych lat kilku, jest nawet bardzo dogodną dla członków.

Prawo wstępu do stowarzyszenia jest tylko ograniczone dyplomem z ukończenia wyższych nauk medycznych w zakresie lekarskim, weterynaryjnym i farmaceutycznym i zamieszkaniem stałym, *resp.* pracą w granicach gubernii. Projekt więc ogarnia lekarzy, weterynarzy i farmaceutów, których protokół podaje liczbę 263 + 15 + 112 w Gubernii, razem około 400 kandydatów mających prawo wstępu.

Obliczenia wszystkie zrobione na 100 członków, równie jednak dobrze kasa, zdaniem KOSSECKIEGO, może istnieć przy 50 członkach. Im większa wszakże będzie ich liczba, tem lepiej może instytucja rozwijać się i wzrastać, a z czasem, może nawet z zapasów swoich dać początek stałym wsparciom w nieszczęśliwych wypadkach, a nawet przekształcić się w miejscową instytucję emerytalną o skromnym zakresie.

Pracę lekarzy podolskich w tym kierunku uważamy za ważny krok postępu na drodze łączności moralnej i samopomocy koleżeńskiej, i życzymy im powodzenia w przedsięwzięciu, i spełnienia oczekiwanych od projektowanej instytucji nadziei. Pożądanemby było, aby wszyscy, mający prawo należenia do niej, wzięli w niej udział, aby mogła lepiej się rozwijać.

Na ostatni zaś warunek projektu, t. j. możliwość jego przy malej nawet liczbie członków, zwracamy uwagę wszystkich kolegów, gdyż każda gubernia, każde większe miasto, gdziekolwiek znalazłaby się dostateczna liczba paruset, lub nawet kilkudziesięciu, chętnych kolegów, może utworzyć u siebie takie samo miejscowe kółko samopomocy, bez potrzeby starania się o poważniejsze kapitały zakładowe, ani też koniecznego liczenia na wielką liczbę uczestników, a więc obejmowania obszerniejszej przestrzeni.

Instytucja projektowana nie usunie odrazu znanej nie tylko u nas, błyszczącej biedy stanu lekarskiego, może ją z czasem tylko złagodzić, ale niema wątpliwości, że może natychmiast do połowy zmniejszyć znane nieszczęśliwe wypadki, ciągle się przytrafiające, że „umiera, lub zapada na nieuleczalną chorobę wzięty praktyk, a niema go za co pochować lub leczyć“.

— **Zmarł** w Turobinie [gub. Lubelskiej] **TEOFIL BELKA**, syfilidolog, poprzednio w Warszawie praktykujący.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Medycyna* № 26. L. E. BREGMAN. O zeszywnieniu kręgosłupa (*ankylosis columnae vertebrarum*). F. NEUGEBAUER. Kazyjstyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacjach. [C. d.]. *Przegląd Lekarski* № 26. L. WACHHOLTZ. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. E. ZIELIŃSKI. Kilka ciekawych przypadków wydobywania ciał obcych drogą operacyjną. — *Krytyka Lekarska* № 7. S. KOPCZYŃSKI. Nerwowość i lektura. N. LIKIERT. Ekspertyza lekarsko-sądowa. [Dok.]. A. WRZOSEK. Sceptycyzm a krytyka w medycynie. Z. KRAMSZYK. O potrzebie przeniesienia szpitali po za miasto.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b. Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Na Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 24 Юня 1899. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

S K Ł A D
WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
 PRZY APTECE
FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna 39, telef. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco gratis. 52—27

Ekspedycja szybka i akuratna.

Dostawa na wszystkie dworce dróg żelaznych

JENERALNA REPREZENTACYA

na Królestwo Polskie wód Contrexeville, Fachingen i Selters.

SKŁAD GŁÓWNY LIMFY D-ra TCHÓRZNICKIEGO.



ZJEDNOCZONE FABRYKI CHININY

ZIMMER & Co FRANKFURT n. M.

EUCHININA
EUNATROL
VALIDOL

Działanie lecznicze takie same jak chininy. Euchinina nie ma gorzkiego smaku. Literatura: von Noorden, Overlach, Gollner, Panegrossi, Conti, Klein, Fridrich, Muggia, Gray, Suchomlin, Plehn, Tauser, Solontzeff, Filatow, Alexiejew, etc. etc. można przyjmować w postaci eunatrolowych pigułek całymi miesiącami, nie podlegając ubocznym szkodliwym działaniom. Literatura: Blum. Der ärztliche Praktiker, 1897, Nr. 3.

Literatura: D - r Schwersensky, Therapeutische Monatshefte Now. 1897, Scognamiglio: Giornale Internazionale di Medicina Practica, 1898, Heft 4

Próby, literatura i wszelkie inne objaśnienia chętnie mogą być udzielane.

Inne specjalne wytwory:

Chinina, Cocaina, Coffeina, Preparaty jodu.

26—21



PRACOWNIA PATOLOGICZNA

25—1

D-ra Juliana Steinhausa

przeniesioną została na ul. Wspólną Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wysięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

H. Kucharzewski

GŁÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy Aptece, ulica Miodowa Nr. 4.

Z tegorocznych czerpań nadeszły bezpośrednio wprost od wszystkich Europejskich źródeł jak i krajowe wody mineralne wraz z produktami leczniczymi z tychże źródeł. — Broszury, cenniki, wskazówki zachowywania się przy wodach dołączane będą na żądanie, o czym mam honor zawiadomić WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność.

Telefon 274.

H. KUCHARZEWSKI, Mag. Farm.

12-4

D-r KAZIMIERZ KRUSZYŃSKI

ordynuje jak lat poprzednich od 20 Maja w SZCZAWNICY. 8-8

BUJSKO

D-r Józef Dymnicki, długoletni Lekarz zdrojowy, ordynuje w domu własnym. 4-4

W lecie r. b. ordynować będę w RYMANOWIE (dom Zontaka) 5-4

D-r MICHAŁ ŚLIWIŃSKI

z KRAKOWA.

D-r med. HENRYK KÜMMERLING,

LEKARZ ZDROJOWY (polak),

12-8

ordynuje jak w latach poprzednich w BADEN pod Wiedniem (Reungasse, 3).

D-r S. Garbusiński

3-2

b. lekarz klinik Krakowskich ordynuje jak w latach poprzednich w KRYNICY w zakresie chorób kobiecych i wewnętrznych.

D-r med. FR. JANKOWSKI

ordynuje od początku Maja do końca Września.

5-5

u wód NAUHEIM.

GABINET DENTYSTYCZNY

D-ra F. KOŁAKOWSKIEGO

Wspólna 44. (róg Marszałkowskiej).

8-9