

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. WŁADYSŁAW GAJKIEWICZ. Dwa przypadki „myelitis funicularis“ w złośliwej niedokrwistości (anaemia pernicioza). II. WŁ. PALMIRSKI i ZEN. KARŁOWSKI. Wyniki szczepień zapobiegawczych według metody PASTEUR'a w 1910 roku. Str. 137. *Dział sprawozdawczy.* 10. G. WINTER. Rokowanie i leczenie poronienia septycznego. 11. F. SCHAUTA. Czy należy usuwać resztki łożyska? Str. 142. 12. S. WEINMANN. Przyczynę do uśmierzenia bólów w porodach prawidłowych. Str. 143. *Odcinek.* JÓZEF JAWORSKI. Pomoc położnicza dla ludności m. Warszawy w zakładach położniczych miejskich Str. 145. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie neurologów-psychiatrów 21-go października 1911 r. Str. 149. *Wiadomości bieżące.* Str. 151 *Ogłoszenia.*

I. Dwa przypadki „myelitis funicularis“ w złośliwej niedokrwistości (anaemia pernicioza).

Podał

Władysław Gajkiewicz.

Przed 25-u blisko laty, bo w r. 1887, LICHTHEIM na Zjeździe internistów niemieckich w Wiesbaden zwrócił uwagę na cierpienie rdzenia kręgowego w przebiegu niedokrwistości złośliwej. Posypały się wnet liczne spostrzeżenia (MINNICH, v. NOORDEN, EISENLOHR, NONNE, ROTHMANN, HENNEBERG, RUSSEL, BATTEN i COLLIER, BIELSCHOWSKY, STRÜMPPELL, BASTIANELLI, PETRÉN, BOEDEKER i JULIVSBERGER, TEICHMÜLLER, GÖBEL, VOSS, RHEINBOLDT etc.), potwierdzające lub zmieniające opinię LICHTHEIM'a, a zarazem rzucające światło na anatomię patologiczną i patogenezę tego cierpienia. Przekonano się, że bywa ono nie tylko w złośliwej, lecz i w lekkiej niedokrwistości (RHEINBOLDT) i że nawet w tej ostatniej cierpienie rdzenia dochodzi większego stopnia rozwoju, bo wtedy niedokrwistość nie wywołuje tak szybko zejścia śmiertelnego, jak w postaci złośliwej. Dalej stwierdzono, iż jakkolwiek *anaemia* w wielu przypadkach poprzedza wystąpienie objawów cierpienia rdzenia kręgowego, to jednak w innych dołącza się dopiero później do nich, to jest, że chronologicznie biorąc, zmiany w rdzeniu kręgowym mogą być niekiedy wcześniejsze niż *anaemia*, że więc nie ona jest ich przyczyną.

Z drugiej strony w niejednym przypadku bardzo nawet ciężkiej niedokrwistości złośliwej, nie znaleziono po śmierci ani śladu zajęcia rdzenia, mimo daleko posuniętych zmian we krwi, w szpiku kostnym i w mięśniu serca. Nadto, nie znajdowano także w rdzeniu kręgowym nic anormalnego w przypadkach niedokrwistości towarzyszącej długotrwałym krwotokom, dalej w krwawiaczce (*haemophilia*), u suchotników, i u zwierząt, którym umyślnie wypuszczano dużo krwi (Voss) lub zastrzykiwano pyrodinę (ROTHMANN) lub inne środki wywołujące silną anemię. Znajdowano znów zmiany w rdzeniu kręgowym przy niedokrwistości wywołanej obecnością w ustroju ludzkim brzódogłowca [*bothriocephalus* —HOFFMANN, TALLQUIST, FAUST], włosogłówki (*trichocephalus dispar*—HÜRTER) lub tęgoryjca dwunastnicowego (*ankylostoma duodenale* —(LICHTHEIM, REYER, ROMBERG, GRAWITZ), wydzielających toksyny hemolityczne (hemolizyny, *Oelsäurecholesterinester*).

Wszystkie przytoczone fakty zniewoliły do twierdzenia, iż *anaemia* i jednocześnie z nią istniejące cierpienie rdzenia kręgowego są objawami spólrzędnymi, zależnymi od podziałania jednej przyczyny, a mianowicie jakiegoś, dotąd niezbadanego, jadu, hipotetycznej toksyny, która działając na szpik kostny i rdzeń kręgowy, wywołuje zwiększony rozpad erytrocytów i niedostateczne ich wytwarzanie się (*erythropoësis*), a więc niedokrwistość, a z drugiej strony zaburzenia w rdzeniu, występujące już to jednocześnie, lub prędko jedno po drugim, przyczem w jednych przypadkach pierwiej się uwidoczniają zmiany we krwi, w innych — w rdzeniu kręgowym. W dalszym ciągu jednak, im liczniej gromadziły się przypadki badania pośmiertnego rdzenia kręgowego, tem więcej się sprawa gmatwała, tem więcej występowało nowych faktów, nie dających się pogodzić z przytoczoną dopiero co hipotezą. Pokazało się, iż podobne zmiany w rdzeniu kręgowym, jakie miały być charakterystyczne dla anemii złośliwej, a jakie poznamy poniżej, znajdowano w różnych zakażeniach i zatruciach. NONNE, który najwięcej może dostarczył danych anatomopatologicznych, w pracy swej z r. 1899 opisał takie zmiany w rdzeniu kręgowym w przypadkach posocznicy (*sepsis*) [wywołanej przez dwoinki FRÄNKEL'a (*diplococcus*), przez paciorkowiec ropny (*streptococcus pyogenes aureus*), przez gronkowiec (*staphylococcus*), przez *diplococcus lanceolatus* etc.], w przewlekłym zatruciu wyskokowem, w starości (*senium*); inni znaleźli je w charłactwach (*cachexia*) najrozmaitszego pochodzenia, w cierpieniach różnych organów (nerek, błony śluzowej jamy ust, żołądka, kiszki), w zatruciu ergotyną, w rumieniu lombardzkim (*pellagra*) etc., przypisując główną rolę w ich pojawieniu się autointoksykacyom, tak że obecnie nie może ostać się już przekonanie o swoistości zmian w rdzeniu kręgowym w złośliwej niedokrwistości, bo identyczne zaburzenia mogą powstać przy podziałaniu różnego rodzaju toksyn i trutek, a niedokrwistości co najwyżej przypisać można działanie usposabiające, przez wpływ niekorzystny na odżywianie rdzenia, co zmniejsza jego odporność na toksyny lub trutki, które jednak i bez

niedokrwistości mogą spowodować zmiany w utkaniu rdzenia kręgowego. GHILARDUCCI, zastrzykując zwierzętom paciorkowca pod skórę lub do żył, stwierdził, iż zmiany w rdzeniu występowały łatwiej i częściej, gdy przedtem, uciskając aortę, wywoływał niedokrwistość tego organu. Jest to w zgodzie z teorią EDINGERA, wedle której wiele cierpień nerwowych zależy od niestosunku czynności organu do jego odżywiania, tak że jeśli jaki organ funkcjonując nadmiernie, zużyje się, a nie ma możliwości powetować straty na drodze odżywczej, to ulega zwyrodnieniu.

Co się tyczy zmian anatomopatologicznych, zachodzących w rdzeniu kręgowym w przypadkach o których mowa, to przedewszystkiem zaznaczymy, iż dotkniętymi bywają prawie zawsze te same części rdzenia, a mianowicie pęczkijego białe tylne i boczne, stąd nazwa — coraz więcej zyskująca zwolenników — nadana temu cierpieniu przez HENNEBERGA: „*myelitis funicularis*“ (lub *intrafunicularis* — J. HOFFMANN, NONNE), krótsza niż „*combinierte Strangdegeneration*“ przez indyckich używana. Za nieodpowiedni uznany jest termin „systemowe zwyrodnienie pęczków rdzenia“, gdyż za przykładem VULPIAN'a, KAHLER'a i PICK'a, WESTPHAL'a i STRÜMPPELL'a należałoby go stosować do cierpienia pierwotnego, ograniczonego li tylko do grup włókien nerwowych w pęczkach rdzenia kręgowego biegnących, włókien, które pod względem embryologicznym, anatomicznym i fizyologicznym tworzą odrębną całość (t. zw. systemy), gdy tymczasem w *myelitis funicularis* ulegają zwyrodnieniu prócz nich i inne grupy włókien, w tychże pęczkach znajdujące się. Nawiasem dodamy, iż istnienie pierwotnego cierpienia dróg systemowych w rdzeniu kręgowym podawane jest w coraz większą wątpliwość (LEYDEN i GOLDSCHIEDER, NONNE etc.). Z powyższych względów niektórzy badacze posługują się nazwą „pseudosystemowe zwyrodnienie pęczków rdzenia“.

Zdaniem wielu badaczy zmiany w rdzeniu w *myelitis funicularis* są natury zapalnej (*myelitis parenchymatosa*) i polegają na tem, iż cylindry osiowe włókien nerwowych mocno pęcznieją, a następnie rozpadają się (*axolysis*); później to samo dzieje się z myeliną włókien, co ostatecznie prowadzi do rozpadu włókien nerwowych, na miejscu których pozostają ogniska puste (*Lückenherde*) różnej wielkości i kształtu, poczem występują zmiany reakcyjne w glei (*sclerosis*) i około naczyń krwionośnych. Badanie przypadków różnego natężenia i różnego czasu trwania wykazało, iż w przypadkach ostro przebiegających zmiany te w rdzeniu kręgowym ograniczają się do opisanych ognisk w grubości pęczków rdzenia i takie zmiany ogniskowe uważano za charakterystyczne dla przypadków, jakoby wywołanych przez niedokrwistość złośliwą (*leuco-myelitis anaemica s. cachectica focalis*). Większa jednak liczba badań mikroskopowych, dokonanych w różnych okresach choroby, wykazała iż w przypadkach dłużej trwających, a wolniej przebiegających, nawet przy lekkim tylko stopniu niedokrwistości (RHEINOLDT), z biegiem cza-

su ogniska takie są coraz liczniejsze, a następnie łączą się z sobą i wywołują zwyrodnienie substancji białej pęczków rdzenia na dużej ich rozciągłości, zwłaszcza iż dołącza się później i zwyrodnienie wtórne. HENNEBERG (1) (str. 241) mówi: „*Die Entstehung der strangförmigen Degenerationen aus einzelner Herden, lässt sich vielfach verfolgen*“. W przypadkach przewlekłych spotykano u tego samego osobnika obok zwyrodnienia pęczków i małe ogniska. Najczęściej początek cierpienia jest w pęczkach tylnych, które dla wielu są *locus praedilectionis morbi*, a dopiero później ulegają zajęciu pęczki boczne. Możliwym jest — choć rzadko, iż ogranicza się ono tylko do pęczków tylnych lub bocznych. HENNEBERG przypuszcza, iż niejeden przypadek niejasny istnienia za życia objawów zajęcia tylko pęczków bocznych (*paraparesis spastica*) należy do kategorii cierpienia tu omawianych. W pęczkach tylnych ulegają cierpieniu włókna długie, podobnie jak w *tabes*, lecz nietkniętymi zostają korzenie tylne nerwów rdzeniowych, co jest charakterystycznym dla wiądu rdzenia, który anatomicznie rozpoczyna się od zwyrodnienia korzeni tylnych, a dopiero później temuż losowi ulegają i ich przedłużenia w pęczkach tylnych. Więcej bywa dotknięta w *myelitis funicularis* okolica górna grzbietowa tych pęczków niż lędźwiowa, a więc odwrotnie niż w *tabes*; nadto w *myelitis funicularis* nie ulega zwyrodnieniu *zona marginalis* LISSAUERA i opony rdzenia. Pęczki przednie rdzenia kręgowego bywają rzadko dotknięte, a prawie nigdy, przynajmniej pierwotnie, substancja szara rogów przednich i tylnych rdzenia i otaczająca je substancja biała, co najwyżej, po długim trwaniu choroby komórki nerwowe substancji szarej ulegają prostemu zanikowi, ale nigdy zwyrodnieniu, jak pokazały badania przy pomocy metody NISSLA. Pęczki boczne rdzenia kręgowego podobnie jak i tylne ulegają zmianom nie na całej ich grubości. Z tworzących je włókien nerwowych, różnego pochodzenia i znaczenia, stale dotkniętym jest pęczek piramidalny i pęczek rdzeniowo-mózdkowy grzbietowy (pęczek FLECHSIG'a), gdy tymczasem pęczek rdzeniowo-mózdkowy brzuszny (pęczek GOWERS'a) prawie zawsze pozostaje nietkniętym. Zwyrodnienie pęczka piramidalnego nie sięga w górę po za górną część szyjową, nigdy nie przechodzi skrzyżowania piramid i nie ulega wstecznym (retrogradnym) zmianom część jego w mózgu biegnąca, jak również i komórki nerwowe ruchowe piramidalne w zawoju mózgowym centralnym przednim, dające początek włóknom nerwowym tegoż pęczka piramidalnego, jak to bywa np. w chorobie CHARCOT'a. Zwyrodnienie pęczka piramidalnego w *myelitis funicularis* tem się odznacza, iż zajmuje ono w dolnej części rdzenia kręgowego większą przestrzeń niż w górnej, (przeciwnie, niż to bywa w cierpieniu tegoż pęczka np. pochodzenia mózgowego, a co ma być dowodem cierpienia pęczka piramidalnego w *myelitis funicularis*.

Opisane zmiany zapalne, dotykające stale pewnych części rdzenia kręgowego, a rzadziej innych, chcieli niektórzy badacze uczynić zależnymi od cierpienia naczyń krwionośnych i jedni widzieli w tych zmianach na-

stępstwo niedokrwistości (*necrosis ischaemica* — SINGER, TIETZEN, MARCHAND) a inni — niedokrwistości i podziałania toksyny na ściany naczyń (*vasculär-toxämische Pathogenese*). Zwłaszcza NONNE jest orędownikiem tego ostatniego poglądu. Najstalsze zmiany, a mianowicie w pęczkach tylnych, uważa on za wywołane cierpieniem gałązek *arteriae spinalis post.*; cierpienie pęczka piramidalnego czyni zależnem od cierpienia *art. spin. lateralis*, a cierpienie pęczka FLECHSIG'a uważa NONNE za wtórne, gdyż włókna tego pęczka z komórek nerwowych CLARKE'a, aby zająć zwykłe swe położenie w pęczku bocznym, muszą tam przedostać się przez zwyrodniałe pęczek piramidalny i ulegają jego wpływowi. NONNE nie odparł dostatecznie zarzutów, dlaczego jednak cierpi rdzeń kręgowy, ewen. naczynia jego krwionośne tylko w miejscach ograniczonych do pewnych ognisk, dlaczego ogniska te umiejscowione są stale w pęczkach tylnych i bocznych, a nie cierpi substancja szara rdzenia, choć jest ona bogatszą w naczynia krwionośne niż substancja biała.

Na zakończenie anatomii patologicznej cierpienia dodamy, iż MARIE, TAYLOR i KATTWINKEL za punkt wyjścia zmian w *myelitis funicularis* przyjmują naczynia limfatyczne rdzenia kręgowego.

Zwyrodnienie, stale atakujące pęczki tylne i boczne rdzenia kręgowego, tłómaczy z łatwością obraz chorobny *myelitidis funicularis*. Składają się nań objawy charakterystyczne dla cierpienia tych pęczków. Ponieważ najczęściej, jak powiedzieliśmy wyżej, zaczyna się ono w pęczkach tylnych, to klinicznie w tych przypadkach, przynajmniej w początkach, *myelitis funicularis* przedstawia dużo podobieństwa do wiału rdzenia (*pseudotabes*). Brak jednak zwyrodnienia korzeni tylnych rdzeniowych wyjaśnia dla czego nie bywa bólów strzelających i znieczuleń skóry o typie korzonkowym (radikularnym). Dalej, w *myelitis funicularis* nigdy nie ginie odruch źrenicy na światło, co jest jednym z najstalszych objawów wiału rdzenia. Zazwyczaj chorzy skarżą się tylko na *paraesthesiae* w kończynach dolnych, a przy badaniu obiektywnem znajdujemy brak odruchu kolanowego i w następstwie zaburzeń czucia głębokiego — bezład (*atazia*) w mniejszym lub większym stopniu. Czućcie bólu i ciepłoty jest zachowane także, bo włókna nerwowe, przenoszące te rodzaje wrażeń, nie ulegają zmianom ani w korzeniach tylnych nerwów rdzeniowych, ani w substancji szarej tylnej rdzenia również niezmienionej, ani w otaczającej tę ostatnią substancji białej, przez którą przebiegają, aby dojść, po skrzyżowaniu się poprzedniem, do pęczka bocznego rdzenia kręgowego. Obraz chorobny zmienia się lub jest całkiem inny od samego początku, gdy do cierpienia pęczków tylnych dołącza się zwyrodnienie i pęczków bocznych, lub gdy cierpienie rdzenia od tych ostatnich się zaczyna. Zajęcie ich wywołuje osłabienie siły mięśniowej w kończynach dolnych i objawy w nich spastyczne: *hypertoniam*, zwiększenie odruchów ścięgowych, objaw BABIŃSKIEGO, a więc obraz: *paraparesis spastica* lub *spastico-atactica* obok objawów niedokrwistości. RHEINBOLDT i ROTH-

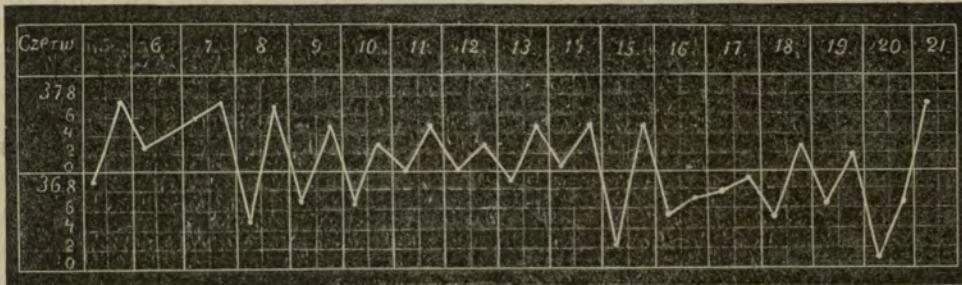
MANN przytaczają ból kręgow bardzo dokuczający chorym; HENNEBERG wątpi w ważność dyagnostyczną tego objawu.

Dodać winniśmy, iż, jak stwierdził NONNE wielokrotnie, nierzadko przy słabych nawet objawach klinicznych zmiany anatomo-patologiczne w rdzeniu kręgowym bywają daleko posunięte.

Stalość zmian anatomopatologicznych w rdzeniu przy *myelitis funicularis* tłómaczy, dlaczego i symptomatologia tego cierpienia jest prawie stereotypowo podobna we wszystkich przypadkach, tak że nawet w przypadkach, które nie doprowadziły do śmierci, ewent. badania pośmiertnego, z obrazu klinicznego można wnosić o jakości zmian w rdzeniu kręgowym.

Dotyczy to 2 naszych przypadków, które dziwnym trafem spostrzegliśmy jednocześnie w lecie 1911 r. na oddziale naszym w szpitalu Dzieciątka Jezus, niestety względnie tylko przez czas krótki, chorzy bowiem, jak wogóle przyjezdni, niezamożni, rzadko zgadzają się pozostać dłużej w szpitalu, gdzie muszą płacić rubla dziennie.

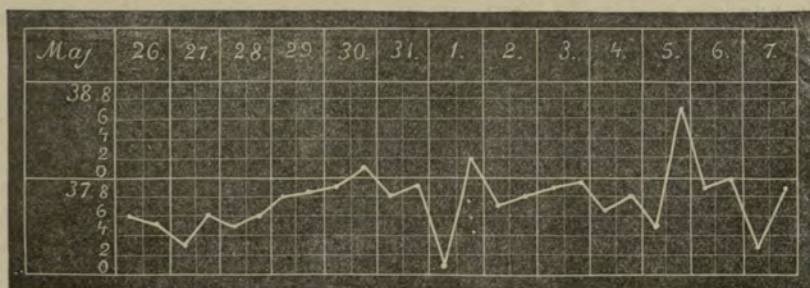
Przypadek I. W. R. robotnik wiejski, z powiatu Warszawskiego, lat 41, przebywał na oddziale od 2 maja do 22 czerwca 1911 r.; żona ty, dietny, pijał mało; syfilisu nie przechodził, żona nie ronila. Od kilku miesięcy zauważył osłabienie nóg i łatwe męczenie się ich nawet po niedługim chodzeniu lub staniu, nadto nieprzyjemne w nich sensacje i lekki obrzęk stóp. Waga w pierwszych dniach pobytu w szpitalu 58,7 klgrm. Chory bardzo blady, lecz nie wyniszczony, nie wychudzony, cera skóry słomkowo-żółta, błony śluzowe łącznicy, dziąseł, gardzieli również bardzo blade. Ciepłota ciała podczas pobytu w szpitalu podgorączkowa, dochodziła najwyżej do 37,8°.



Wielokrotne badanie nie wykazało żadnych zmian w płucach. W sercu granice normalne, lekki szmer systoliczny na wierzchołku, tętno między 84—96, łatwo uciskalne. Apetyt dobry. W stolcach — nie podejrzanego. Mocz względnie ciemny, nie zawierał białka a tylko dużo moczanów. Przy badaniu układu nerwowego: źrenice równe, oddziaływały żywo na światło i akomodację, oftalmoskop, prócz bladeści dna oka, innych zmian nie wykrył. W nerwach czaszkowych i kończynach górnych — żadnych zmian. Leżący chory wykonywa wszystkie ruchy

kończynami dolnymi, siła jednak mięśni słaba, chorey unika chodzenia, gdyż go to bardzo męczy, po przejściu już kilkudziesięciu kroków musi siadać. Odruchy ścięgnowe kolanowe bardzo silne, *clonus patellarum*; odruch *Achillesa* znacznie słabszy niż kolanowy. Lekki objaw BABIŃSKIEGO ze ścięgna z obu stron. Ataxia lekka w kończynach dolnych. Chód spastyczno-ataktyczny. Czucie na dotyk, ból, ciepłotę — niezmienione. Mięśniowe w stopach, i palcach nóg niedokładne. Czucie kostne na kończynach dolnych znacznie słabsze niż na górnych, a na stopach i goleniach prawie zniesione. Krew była badana kilkakrotnie na oddziale, a również przez kol. GLIŃSKIEGO (obecnego dyrektora zakładu leczniczego w Nałęczowie). Uderzała jej wodnistość. Liczba czerwonych krążków krwi była zmniejszona, nie dochodziła 2-u milionów w 1-ym mm. sz. Hemoglobiny (SAHLI) 50%. Tak w tym, jak i w drugim przypadku, wedle notatki kol. G. „objawy anemii złośliwej: *poikilocytosis, polichromatophitia*, liczne mikrocyty, normo- i myeloblasty. Liczba ogólna ciałek białych zmniejszona, przyczem przeważają limfocyty“. Leczenie chorego polegało na ciągłym leżeniu, posilnej dyecie i podawaniu przetworów żelaza i arsenu. Po 6-tygodniowym pobycie w szpitalu chorey subiektywnie czuł się mocniejszym, stan jednak krwi i objawy nerwowe nie uległy zmianie a waga ciała spadła do 57,7 klg.

Przypadek II. W. J., gospodarz wiejski z powiatu Garwolińskiego, lat 26 liczący, żonaty, dietny, nigdy poprzednio nie chorował. Znajdował się na oddziale od 26 maja do 7 czerwca 1911 r. Od 1½ roku uczuwał „omdlenie nóg“, ogólne osłabienie, szum w uszach, robiło mu się ciemno przy nachylaniu się, a gdy dłużej siedział — mdlał. Od 3-ch miesięcy prawie nie może chodzić, a tylko ciągle leży. Przy badaniu uderza bladość i żółtawy odcień skóry i błon śluzowych. Na skórze tułowia nieliczne plamki krwotoczne, dziąsła łatwo krwawią. Częste krwawienie z nosa. W płucach, sercu i organach brzusznych żadnych zmian, tętno drobne, do 90-u na minutę, łatwo uciskalne. Ciepłota ciała często podgorączkowa, raz nawet przechodziła 38° (38,7°). Badanie soku żołądko-



wego, wydobytego sondą, wykazało dość dużą ilość wolnego kwasu solnego. Badanie krwi wykazało wielką jej wodnistość, znaczne zmniejszenie hemoglobiny i liczby czerwonych krążków i zmiany ich — pod-

bnie jak w przypadku I-ym. W nerwach czaszkowych żadnych zmian. Oftalmoskop wykazał niewielkie krwotoki na dnie oka. W kończynach górnych, prócz uczuwania w nich dreptwienia — żadnych zmian. Stać chorey może zaledwie kilka chwil, gdyż robi mu się słabo; chód — paretyczno-spastyczny. Leżący wykonywa wszystkie ruchy kończynami dolnymi, lecz powoli; siła mięśni słaba. Skarży się na ciągłe darcie (jakby zdzieranie skóry) w nogach. Odruchy ścięgnowe (kolanowe, Achillesa) żywe, skórne (podeszwowe, *eremaster*, brzuszne) słabe. Lekki objaw BABIŃSKIEGO — z obu stron. *Ataxia* wyraźna przy dotykaniu piętą kolana. Czucie na dotyk, ból, ciepłotę — niezmienione. Przy poruszaniu biernem palcami nóg i stopami, chorey daje mylne odpowiedzi; czucie kostne, jak i w przypadku I-ym, na goleniach i stopach bardzo osłabione, w porównaniu z kończynami górnymi. Mocz chorey często nie może dowolnie oddawać. Podczas kilkodniowego pobytu w szpitalu potrzeba było dwukrotnie odciągać go cewnikiem; przedstawiał się on przezroczystym, cw. 1017, odczynu kwaśnego, białka, ani patologicznych składników morfologicznych nie zawierał.

W obu opisanych przypadkach, obok zmian w budowie krwi, cechujących niedokrwistość złośliwą, istniały objawy cierpienia rdzenia kręgowego, w dużym stopniu pęczków jego bocznych, w mniejszym — pęczków tylnych.

Myelitis funicularis przebiega zwykle ostro lub podostro, a przynajmniej bez porównania prędeej, niż inne cierpienia rdzenia. Z tego powodu autorzy angielscy: (RUSSEL, BATTEN i COLLIER) cierpienie to zowią *subacute combined degeneration of the spinal cord*. Zejście jego najczęściej jest śmiertelne, choć OPPENHEIM i NONNE mieli widzieć wyzdrowienie, a raczej zatrzymanie się sprawy chorobnej.

Częstość cierpienia ma być niejednakowa w różnych krajach. DEJERINE twierdzi, iż niedokrwistość złośliwa i związane z nią cierpienie rdzenia, rzadko się spotyka we Francyi. Częstość ma być ono w Ameryce (DANA, TAYLOR). Zdaniem NONNEGO i HENNEBERGA *myelitis funicularis* powiądanie rdzenia i *sclerosis multilocularis*, ma być najczęstszem cierpieniem rdzenia kręgowego, spotykanem w Niemczech.

PIŚMIENICTWO.

- 1) HENNEBERG. Ueber „funiculäre Myelitis“ (combinirte Strangdegeneration. Archiv. f. Psychiatrie und Nervenkrankh. 1905. t. 40. 2) HENNEBERG. Die Myelitis und die myelitischen Strangerkrankungen (w Handbuch der Neurologie. 1911 t. II.). 3) NONNE. Rückenmarksuntersuchungen in Fällen von pernicioöser Anaemie, von Sepsis und von Senium, nebst Bemerkungen über Marchi-Veränderungen bei acut verlaufenden Rückenmarksprocessen. Deutsch. Ztschrift f. Nervenheilkunde. 1899. t. 14. 4) NONNE. Ueber Myelitis intrafunicularis und über kombinierte Strangerkrankung bei Alcoholismus chronicus. Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie. 1906. t. 20. 5) NONNE und FRÜND. Klinische

und anatomische Untersuchung von 6 Fällen von Pseudosystemerkrankung des Rückenmarks. Kritik der Lehre von den Systemerkrankungen des Rückenmarks. Deutsch. Ztsch. f. Nervenheilkunde. 1908. t. 35. 6) RHEINBOLDT. Ueber einen Fall von „combinierter Systemerkrankung“ des Rückenmarks mit leichter Anaemie. Archiv. f. Psychiatrie und Nervenkrankh. 1901. t. 35. 7) ROTHMANN. Die primäre kombinierte Strangerkrankungen des Rückenmarks (kombinierte Systemerkrankungen). Deutsch. Ztsch. f. Nervenheilkunde. 1895

II. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Wyniki szczepień zapobiegawczych według metody Pasteur'a w 1910 roku.

Podali

Wł. Palmirski i Zen. Karłowski.

W r. 1910 zgłosiło się o poradę 2226 osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekłe lub podejrzane. Z tej liczby 420 osób nie podlegało leczeniu, a to z powodu, iż pokąsane zostały przez zwierzęta zdrowe, albo też chociaż wściekłe lub podejrzane, to jednak nie do krwi, t. j. bez zdarcia naskórka, jeżeli zaś do krwi, to bez rozdarcia ubrania.

Następnie 23 osoby przerwały leczenie samowolnie. Oprócz tego 39 osób z leczonych nie wciągnięto do statystyki z powodu, że próby na królikach nie wykazały wściekliwości zwierzęcia kąsającego, również nie wciągnięto do statystyki 4 osoby, które zmarły na wodowstręt podczas leczenia.

Tym sposobem w r. 1910 zaliczono do statystyki 1744 osoby.

Co do płci było mężczyzn 1141, a kobiet 603. Leczeni pochodzili z miejscowości następujących:

Z gub. Warszawskiej 456 (w tej liczbie z Warszawy i przedmieść: Pelcowizny, Mokotowa, Ochoty, Woli, Powązek i Pragi 163), z gub. Łomżyńskiej 75, z gub. Płockiej 30, z gub. Lubelskiej 162, z gub. Piotrkowskiej 319 (w tem z Łodzi i przedmieści 54, a z pow. Będzińskiego 115), z gub. Radomskiej 211, z gub. Kaliskiej 109, z gub. Kieleckiej 80, z gub. Siedleckiej 103, z gub. Suwalskiej 34, z gub. Wołyńskiej 17, z gub. Grodzieńskiej 124, z gub. Mińskiej 17, z gub. Kowieńskiej 1, z gub. Podolskiej 1, z gub. Witebskiej 4 i z Okręgu Bakińskiego 1.

Co do wieku było: 1-letnich 13, 2-letnich 29, 3-letnich 51, 4-letnich 77, 5-letnich 73, 6-letnich 71, 7-letnich 71, 8-letnich 94, 9-letnich 73, 10-letnich 74, 11-letnich 63, 12-letnich 61, 13-letnich 48, 14-letnich 55, 15-letnich 47, 15—25-letnich 259, 25—35-letnich 195, 35—45-letnich 196, 45—55-letnich 112, 55—65-letnich 55, ponad 65 lat 27.

Co się tyczy czasu, w którym od chwili ukąszenia rozpoczęto leczenie

nie, to w 1-ym tygodniu po ukąszeniu leczyło się 1585, w 2-im 114, w 3-im 27, w 4-ym 13, później niż w 4-ym 5.

Pokąsanych przez psy było 1683, przez koty 41, przez koni 3, przez krowy 9, przez świnie 2, przez człowieka 6. Zwierzętami zaś kąsającymi były: psy w przypadkach 946-ch, koty w 33-ch, konie w 2-u, krowy w 8-u, świnie w 2-u i człowiek w 4-ch.

Co się tyczy miesięcy, to leczyło się osób: w styczniu 122, w lutym 124, w marcu 139, w kwietniu 163, w maju 190, w czerwcu 178, w lipcu 166, w sierpniu 179, we wrześniu 136, w październiku 107, w listopadzie 114 i w grudniu 126.

Co się tyczy większej lub mniejszej pewności, czy zwierzęta kąsające były wściekłe, dzielimy pokąsanych według wzoru PASTEUR'a na 3 grupy:

A) pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została przez szczepienie królika lub wścieknięcie się równocześnie pokąsanych zwierząt, albo przez wykazanie w preparatach z mózgow zwierząt kąsających ciałek NEGRI'ego.

B) pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została na zasadzie sekcji, dokonanej przez weterynarza.

C) pokąsanych przez zwierzęta, uznane za wściekłe na zasadzie objawów; także podejrzanane lub niewiadome.

Dane porównawcze z r. 1910, tyczące się kategorii pokąsanych, ukąszeń okolic ciała i przypałań, przedstawia niżej umieszczona tablica.

Uwaga. Przypalania dzielimy na wystarczające i niewystarczające. Do wystarczających zaliczamy przypalania żegadłem lub stężonymi kwasami mineralnymi zaraz lub po upływie kilku minut, w przeciwnym zaś razie wszelkie przypalania uważamy za niewystarczające.

Z osób, które ukończyły leczenie, zmarły 4 osoby, odsetka zatem śmiertelności w roku sprawozdawczym wynosi 0,23%.

1. B. W., lat 37, ze wsi Domaniewice, gm. Dąbkowice, pow. Łowickiego, gub. Warszawskiej był ukąszony 4/x 1910 w lewą rękę przez psa podejrzanego o wściekliznę. Pies przepadł. Na miejscu ukąszenia, t. j. na 5-ym palcu lewej ręki 3 ranki głębokie. Leczenie rozpoczęto 6/x, trwało dni 20. B. po ukończeniu leczenia pozostawał w Zakładzie, czekając na swoją córkę, ukąszoną (w wargę górną), której brakowało do ukończenia leczenia 10-u dni. 2/xi B. był niewyraźny, pocił się, gorączkował, czuł się bardzo osłabionym, nie jadł, wymiotował. 3/xi ze względu na ciężki stan B. był w południe odesłany do szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie po południu życie zakończył. Śmierć była dla nas niespodzianką, sekcya wykazała duże zmiany w sierdzu i osierdzu (*endo-i pericarditis chronica*). Pomimo tych zmian, które tłómaczyły nam nieledwie nagłe zejście śmiertelne, zaszczepiliśmy 3 króliki pod oponę mózgiem B. Jeden królik padł nam po 12-u, drugi po 21, a trzeci po 37-u dniach przy objawach charakterystycznych dla wścieklizny. Wobec tych wyników próby biologicznej

| | A. | | | B. | | | C. | | |
|---|------------------------|-------------------|-------|-------------|-------------------|-------|--------------|-------------------|-------|
| | Przypalania | Liczba pokąsanych | Razem | Przypalania | Liczba pokąsanych | Razem | Przypalania | Liczba pokąsanych | Razem |
| I. Ukąszenia w twarz lub głowę | { pojedyncze liczne | | | { 8 20 | | | { 28 54 | | 82 |
| Przypalania wystarczające | — | 7 | 14 | — | 7 | 28 | — | 54 | |
| „ niewystarczające | — | 7 | | — | 7 | | 1 | | |
| „ żadne | 14 | | | 28 | | | 81 | | |
| II. Ukąszenia w ręce | { pojedyncze liczne | | | { 56 72 | | 128 | { 339 497 | | 836 |
| Przypalania wystarczające | 2 | 69 | 141 | — | 56 | | 4 | | |
| „ niewystarczające | 1 | 72 | | 5 | 72 | | 45 | | |
| „ żadne | 138 | | | 123 | | | 787 | | |
| III. Ukąszenia w tułów i nogi | { pojedyncze liczne | | | { 11 21 | | 32 | { 145 229 | | 374 |
| Przypalania wystarczające | — | 29 | 74 | — | 11 | | — | | |
| „ niewystarczające | 5 | 45 | | — | 21 | | 21 | | |
| „ żadne | 69 | | | 32 | | | 353 | | |
| IV. Liczne ukąszenia w różne części ciała . | 9 | 9 | | 4 | 4 | | 22 | 22 | |
| Przypalania wystarczające | — | | | — | | | — | | |
| „ niewystarczające | — | | | — | | | 1 | | |
| „ żadne | 9 | | | — | 4 | | 21 | | |
| Ukąszonych poprzez rozdarte ubranie . . . | 38 | | | 32 | | | 244 | | |
| „ w nagie ciało | 200 | | | 160 | | | 1070 | | |
| R a z e m | 238 | | | 192 | | | 1314 | | |
| Ogólna liczba pokąsanych | 1744 | | | | | | | | |

B. umarł na wodowstręt, choroba trwała krótko ze względu na zmiany w sierdzu i osierdzu, nie dając charakterystycznych objawów dla wodowstrętu.

2. W. W., lat 48, ze wsi Boskoszówka, gm. Jarosławiec, pow. Hrubieszowskiego, gub. Lubelskiej, ukąszony 14/vii 1910 r. poprzez spodnie pod lewym kolanem i w lewą łydkę. Na miejscach ukąszenia ranki. Pies podejrzany. Leczenie rozpoczęto 21/vii, trwało dni 16.

3. A. K. lat 68 ze wsi i gm. Jarosławiec, pow. Hrubieszowskiego, gub. Lubelskiej, ukąszona 20/viii przez psa podejrzanego o wściekliznę. Na *dorsum* prawej ręki 1 duża rana, przypalana nie była. Leczenie rozpoczęto 24/viii, trwało dni 20.

Z zebranych danych od wójta gm. Jarosławiec, dotyczących się 2-go i 3-go przypadku możemy wywnioskować, że osoby te umarły na wodowstręt.

Choroba trwała 3 dni, chorzy bali się wody, przeciągów, nie przyjmowali pokarmów, ślinili się, zachowywali się jednak podczas choroby spokojnie; data śmierci nie podana.

4. O. M., lat 19, ze wsi Staro-Wola, gm. Jadów, pow. Radzyńskiego, gub. Warszawskiej, ukąszony 15/ii 1910 r. w lewy policzek i wargę górną przez psa podejrzanego o wściekliznę. Pies zabity. Na miejscu ukąszenia 10 ranek. Leczenie rozpoczęto 17/ii, trwało dni 30. O. był leczony dawkami podwójnymi. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że O. umarł na wodowstręt; bliższe szczegóły przebiegu choroby są nam nieznane.

Z ogólnej liczby leczących się zmarły jeszcze 4 osoby podczas leczenia, co daje odsetkę śmiertelności w sumie 0,45%.

1. Z. J., lat 8, z Radomia, ukąszony 26/iii 1910 r. w prawe kolano poprzez ubranie. Na miejscu skaleczenia 2 draśnięcia. Pies podejrzany o wściekliznę, zdechł.

Leczenie rozpoczęto 2/iv, miało trwać dni 14 ze względu na ukąszenie drobniejsze. 14/iv, t. j. 18-go dnia po ukąszeniu, wystąpiły pierwsze objawy: chłopiec nie mógł się myć, stracił apetyt, stał się apatycznym, wieczorem wyraźna *aero- i hydrophobia*, o godzinie 6-ej odesłany do Szpitala dla dzieci. 15/iv podniecony, na nic się nie uskarżał, łyka z trudnością 16/iv 1910 r. z rana umarł.

2. S. J., lat 6, ze wsi Dragany, gm. Wysokie, pow. Krasnostawskiego, gub. Lubelskiej, 17/vi 1910 r. ukąszony w czoło prawy policzek i nos. Ran kilka głębokich. Pies wskutek objawów podejrzany o wściekliznę, zabity. Leczenie rozpoczęto 18/vi, miało trwać dni 30. S. był leczony dawkami podwójnymi. Pierwsze objawy wystąpiły 9/vii. Chłopiec był apatyczny, jeść nie chciał. 10/vii nic nie jadł, objawy *aero- et hydrophobiae* wyraźne, tegoż dnia odwieziony do Szpitala dla dzieci. Umarł 11/vii o godzinie 3-ej.

3. B. J., lat 15, z Łodzi ukąszony 6/vii w twarz i górną kończynę przez psa, którego wścieklizna była rozpoznana na zasadzie sekcji. Na czole 2 draśnięcia dość głębokie; na lewym policzku 3 draśnięcia, a na prawym przedramieniu kilka ranek.

Leczenie rozpoczęto 7/vii, miało trwać dni 30. B. był leczony dawkami podwójnemi.

Pierwsze objawy wystąpiły 26/vii. Chłopiec uskarżał się na ból głowy; płacze, czuje się znużonym, twarz ma zaczerwienioną. 27/vii ból głowy i gardła, migdały powiększone, gruczoły również, można je wyczuć na zewnątrz, apetytu chory nie ma, chce pić, lecz zwraca, źrenice zwężone, reagują, ból głowy uwydatnia się szczególnie nad lewem okiem. W nocy niespokojny, krzyczy, pobudził wszystkich, dzwoni do wszystkich mieszkań, zakręca gaz palący się (*photophobia*). Pod wpływem nalegań uspaka się i leży w łóżku. Rano 28/vii wielki upadek sił, chwieje się na nogach, *aero- et hydrophobiae* wyraźnej nie daje się wywołać. Narzeka na mrowienie lewej połowy czoła, ból gardła mniejszy, migdały mniejsze, spokojny lecz słaby. W tym stanie odwieziony do szpitala Jana Bożego. W szpitalu je i pije, po pewnym czasie zwraca. 29/vii lewe oko wysadzone z oczodołu: widzi podwójnie, wieczorem życie zakończył.

4. W. P., lat 37, ze wsi Dębica, gm. Ciemierniki, pow. Lubartowskiego, gub. Lubelskiej ukąszony przez psa wściekłego, jak wykazała próba, 3/xii 1910 r. w nos. Na miejscu ukąszenia duża rana; 5/xii rozpoczęto leczenie, miało trwać dni 30. W. był leczony dawkami podwójnemi. 22/xii wystąpiły pierwsze objawy. W. uskarża się na ból głowy, pije, jeść nie chce, od czasu do czasu wymiotuje, uczuwa brak sił w nogach, stać nie może. 23/xii stojąc, ma zawroty głowy, *aero- et hydrophobia* wyraźne, odstawiony do szpitala Jana Bożego. 25/xii zakończył życie.

Z osób nieleczonych, zmarłych na wodowstręt, udało się nam zebrać wiadomości o 8-u osobach.

1. Ż. F., lat czterdzieści kilka, ze wsi Przegaliny Małe, gm. Żelizna, pow. Radzyńskiego, gub. Siedleckiej w 3 tygodnie po ukąszeniu przez psa umarła w szpitalu w Radzynie przy objawach wodowstrętu.

2. Gospodarz (nazwiska nie mogliśmy się dowiedzieć) ze wsi i gm. Wilkołaz, pow. Janowskiego, gub. Lubelskiej w 6 tygodni po ukąszeniu przez psa w palec umarł przy objawach wodowstrętu w szpitalu w Lublinie.

3. N. J., lat 13, z Łodzi, ukąszony przed 6-ma miesiącami w nogę. Zachorował 22/i 1910 r., przywieziony do nas 24/i wieczorem w stanie ciężkim. *Aerophobia* bardzo wyraźna, odesłany do szpitala Jana Bożego, wkrótce umarł.

4. S., lat 8, ze wsi Żochy, gm. Piski, pow. Ostrołęckiego, gub. Łomżyńskiej ukąszony w twarz przez psa. W kilka tygodni po ukąszeniu umarł przy objawach wodowstrętu.

5. G. K., lat 10, ze wsi Bartniki, gm. Karwacz, pow. Przasnyskiego gub. Płockiej, ukąszony w listopadzie 1909 r. przez psa, który w kilka dni zdechl. Na *dorsum* prawej ręki mała ranka. 18/v 1910 r. wystąpiły pierwsze objawy. 21/v przywieziony w stanie ciężkim, został przez nas odesłany do szpitala Jana Bożego, gdzie zakończył życie 22/v 1910 r.

6. M. A., lat 8, ze wsi Kletnia, gm. Pawłowice pow. Garwolińskiego,

gub. Warszawskiej, ukąszony w rękę przez psa obcego, pies zabity. Po 6-u tygodniach po ukąszeniu umarł na wodowstręt.

7. W. W., lat 16, ze wsi Krysk gm. Naruszewo pow. Płońskiego gub. Warszawskiej, ukąszony w rękę przez psa obcego, pies zabity. Po 4-ch tygodniach po ukąszeniu umarł na wodowstręt.

8. M. E., lat 4^{1/2}, z Radomia, ukąszony 22/v 1910 r. w prawe przedramię przez psa miejscowego, który dopiero 4-go dnia po ukąszeniu chłopca przepadł. Rodzice chłopca nie zwrócili na to odpowiedniej uwagi. 7/viii 1910 r. wystąpiły pierwsze objawy: ból w miejscu ukąszenia, chłopiec nie chciał jeść, ciepłota podniesiona, *aero-et hydrophobia* wyraźne. 9/viii chłopiec był przywieziony do Warszawy w stanie bardzo ciężkim: sinica, tętno zaledwie wyczuwalne. Ojciec nie chciał chłopca zostawić w szpitalu, zabrał go do domu, lecz żywym go już nie dowiózł, stało się tak, jak mu mówiono.

Przy stosowaniu leczenia według metody PASTEUR'a w roku sprawozdawczym posiłkowaliśmy się metodą wzmocnioną, rozpoczynając szczepienia rdzeniami 6-dniowymi, kończąc 1-dniowymi. Leczenie trwało od 14-u do 30-u dni. Pokąsanym zastrzykiwano dwa razy dziennie po 2 ctm. sz. gęstej zawiesiny z rdzenia królika, zarażonego jadem stałym (*virus fixus*); ciężko pokąsani otrzymywali dawki podwójne bez różnicy wieku. Rdzenie lecznicze były przechowywane w ciepłocie maximum 12—15° C.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



10. G. Winter. Rokowanie i leczenie poronienia septycznego.

11. F. Schauta. Czy należy usuwać resztki łożyska?

Pogląd swój na leczenie poronienia septycznego wypowiada WINTER w następujący sposób:

1) Skoro się stwierdzi gorączkę w przebiegu poronienia i przekona, że gorączka ta zależy od zakażenia macicznego, należy przed dezynfekcją i badaniem wziąć z dolnej części pochwy próbę wydzieliny. Potem dopiero po stosownej dezynfekcyi można chorą zbadać wewnątrznie i usunąć leżące w pochwie resztki jaja płodowego; lecz unikać należy wszelkich manipulacyi wewnątrzmacicznych i tylko w razie silniejszego krwotoku dozwala się na opróżnienie macicy.

2) Próba wydzieliny zostaje poddana badaniu bakteryologicznemu, przyczem zwraca się uwagę na to, czy zawiera paciorkowce hemolityczne (swoiste, najniebezpieczniejsze —Przyp. spr.).

3) Jeśli badanie przekona, że paciorkowców hemolitycznych stanowczo niema albo dają się wykazać zupełnie pojedynczo i ze słabym odczynem hemolitycznym obok obfitych hodowli saprofytów, to natychmiastowego usunięcia resztek z macicy nie należy się obawiać; zwłasz-

cza wraze otwartej szyjki macicznej należy je wydalic natychmiast. Jednak wobec dowiedzionej łagodności tej sprawy zakaźnej, nie póstapiłoby się odpowiednio, gdyby się przedsięwzięło niebezpieczne rozszerzenie szyjki macicznej zapomocą laminarii albo rozszerzadeł, lub gwałtowne usunięcie całego płodu przy pierwszym podniesieniu się temperatury; w ranach stań powstałych i w zmiążdżonych tkankach macicznych może wzmódz się jadowitość paciorkowców i gronkowców.

4) Jeżeli rozpoznano czystą hodowlę paciorkowców hemolitycznych, to WINTER odradza wszelkiego zabiegu wewnątrzmacicznego. Każde badanie, każde przestrzyknięcie, każde usunięcie resztek jaja płodowego, a przedewszystkiem wszelka świeża rana może sprzyjać ciężkiemu zakażeniu. Aczkolwiek nie jest to wcale prawidłem, że zakażenie zawsze musi się zjawić, jak tego dowodzą te przypadki, które po opróżnieniu macicy, pomimo obecności paciorkowców hemolitycznych, pozostały bez odczynu zakaźnego, to jednak żaden lekarz, który w tych warunkach przystępuje do opróżnienia macicy, nie może przewidzieć naprzód, co po zabiegu tym nastąpi. Jeśli trzeba z powodu krwotoku lub z innego powodu macicę opróżnić, to należy z niej przez obfite przestrzykiwania usunąć jak można najwięcej zarodników i nadzwyczaj ostrożnie, jedynie tylko zapomocą palca, jaje oddzielić; łyżeczki należy unikać zupełnie. Wraze istnienia po poronieniu objawów zapalnych w okolicy macicy, należy, według zasady, przyjętej przez specjalistów, wstrzymać się zupełnie od wszelkiego opróżnienia macicy z resztek jaja płodowego.

Wbrew poglądom WINTERA badania kliniki SCHAUTA'y na licznych przypadkach nie uwydatniły znaczenia streptokoków hemolitycznych, jako stanowczo miarodajnych dla rokowania w poronieniu septycznem. Wogóle wskazania do zabiegów położniczych, jakoteż rokowanie dla nich czynić zależnemi od badań bakteriologicznych—nie uważa SCHAUTA w obecnych warunkach za właściwe, gdyż pomimo najróżnorodniejszych koków można spostrzegać powstawanie jużto ciężkich, już lekkich spraw zakaźnych, albo też nawet zupełnie normalny przebieg poronienia.

SCHAUTA radzi z resztkami jaja płodowego postępować radykalniej. Według niego resztki łożyskowe usuwać należy: 1) zawsze—jeśli niema gorączki, 2) a jeśli jest gorączka, to tylko wtedy, gdy sprawa zapalna nie przekracza błony śluzowej macicy albo ściany macicy, przyczem *parametria*, przydatki macicy i żyły miednicy są zupełnie wolne, 3) wobec wskazań życiowych z powodu silnego krwotoku—nawet pomimo zajęcia omacicza, przydatków i żył.

Według SCHAUTA'y odklejenie należy wykonywać z całą ostrożnością przy pomocy palca z zachowaniem ścisłej aseptyki, po uprzedniem i następnem przemyciu jamy macicy alkoholem. Ostrych narzędzi unikać należy.

M. Zwejgbaum.

(*Centralblatt f. Gynaek.* 1911. Nr. 15).

(*Wien. klin. Wochschrift.* 1912 Nr. 1.).

12. S. Weinmann. Przyczynek do uśmierzania bólów w porodach prawidłowych.

Wypróbawwszy najrozmaitsze sposoby uśmierzania bólów porodowych, autor przyszedł do przekonania, że najprostszą pod tym względem metodą jest podskórne zastrzyknięcie *pantoponu*, ewent. *pantopom*

nu ze skopolaminą. W szkole akuszerki w Mainz'u zastosował on pantopon w 40-u porodach, posługując się w tym celu ampułkami (HOFFMANN—LA ROCHE), zawierającymi 1 cm. sz. dwuprocentowego wyjąłowego roztworu pantoponu. Aby działanie było skuteczne, należy zacząć stosować pantopon już w okresie przygotowawczym porodu czyli w okresie otwierania się ust macicznych, mianowicie gdy się rozpoczęły dobre regularne skurcze macicy.

Z 40-u pojedynczych wstrzyknięć 24 przypada na pantopon, 8 zaś na pantopon ze skopolaminą; 8 wstrzyknięć było podwójnych (pantoponu, resp. pantoponu ze skopolaminą).

Co się tyczy 1-ej kategorii, to skuteczny wpływ pantoponu pojawił się już po 15—20-u minutach, rzadziej po $\frac{1}{2}$ godzinie, i trwał przeciętnie 2—3—4 godziny, rzadziej krócej. U trzech rodzących pantopon pozostał bez skutku, a to dlatego, że go zapóźno stosowano. W 8-u przypadkach działanie było umiarkowane, w 16-u było bardzo wyraźnie usmierzające; w kilku wreszcie działanie było tak silne, że rodzące nie odczuwały zupełnie skurczów macicy i sądziły, że praca porodowa ustała zupełnie, aczkolwiek ręka lekarza wyczuwała wyraźnie, że macica kurczy się prawidłowo i poród postępuje dalej.

Działania ubocznego, jak: bólów głowy, nudności, wymiotów, zawrotów głowy, nie było wcale. Rodzące wkrótce doznawały zmęczenia, senności i uczucia rozłamania w całym ciele. W czasie przerw między bólami były one w stanie drzemki, tak lekkiej, że pomimo drzemania odczuwały wpływy zewnętrzne, reagowały na prz. na wołanie, lecz wnet popadały w stan drzemki, z którego budziły się jedynie podczas skurczów macicy, a wtedy zaczynały jęczeć i niepokoić się wyraźnie.

W trzech przypadkach działanie pantoponu ustało, zanim ukończył się okres otwierania się dróg porodowych i dlatego powtórzono raz jeszcze tę samą dawkę. W 5-ciu zaś po bezskutecznym wstrzyknięciu pantoponu, spróbowano wstrzykiwać pantoponu ze skopolaminą (0,01 pantoponu + 0,0015—0,003 skopolaminy) z bardzo dobrym skutkiem.

Z 8-u przypadków, które od razu traktowano pantoponem ze skopolaminą, w 2-u skutek był natychmiast dodatni, w pozostałych belesność, aczkolwiek nie zupełnie, to jednak do tego stopnia się zmniejszyła, że rodzące uspokoiły się i w stanie drzemki cierpliwie doczekały się końca porodu.

Iniekcye pantoponowo-skopolaminowe wywołują działanie odmienne od iniekcji morfinowo-skopolaminowych. Działają o wiele słabiej: nie wywołują głębokiej drzemki, nie powodują amnezyi, na przebieg porodu i położu nigdy prawie wpływu szkodliwego nie mają. Na płody iniekcye te również nie oddziałują szkodliwie.

Prócz porodu iniekcye pantoponu stosowano ze skutkiem pomyślnym w rozmaitych cierpieniach, połączonych z atakami bólów, jak: zapalenie sutki, zapalenie miedniczek nerkowych, histeryczne stany podniecenia i t. p., a w połączeniu ze skopolaminą, jako środek, działający uspokajająco na rodzące w chwili poddawania ich cięższym operacyom porodowym.

(*München. med. Woch. 1911. Nr. 50.*)

M. Z.

ODCINEK.

Pomoc położnicza dla ludności m. Warszawy w zakładach położniczych miejskich.

W oświetleniu sprawozdania Wydziału Dobroczynności Publicznej ¹⁾.

(Zestawienia, uwagi, refleksye).

Napisał

Józef Jaworski.

Biorąc pod uwagę, że pomyślny wynik każdego porodu zależnym bywa głównie od dwu warunków, mianowicie od obsługi, ściślej personelu lekarskiego, powtóre—od otoczenia rodzącej, przyznać musimy, że pomoc położnicza, udzielana w zakładach dla rodzących, posiada na ogół wyższość nad pomocą, udzielaną po domach prywatnych. Przy pomocy położniczej pierwszej, t. j. udzielanej w zakładach, oba wyżej wymienione warunki idą niejako w parze, ponieważ otoczenie rodzącej w znacznym stopniu, a nawet zupełnie, zależnem bywa od personelu lekarskiego, gdy tymczasem w mieszkaniu prywatnem otoczenie rodzącej może wprost unicestwić zarządzenia i usiłowania obsługi lekarskiej rodzącej.

Gdy nadto zważymy, że liczne warstwy ludności, jak oto: służba, ludzie zamieszkali we wspólnych mieszkaniach, właściwie mówiąc, zupełnie korzystać nie mogą z racjonalnej obsługi przy porodach, to zrozumiałem się staje, że dążeniem jest powszechnem zarządów miejskich zapewnienie ludności danego środowiska wielkomiejskiego odpowiedniej pomocy położniczej przez otwieranie, dostępnych dla każdej zgłaszającej się rodzącej, zakładów położniczych.

Warszawa pod względem organizacyi pomocy położniczej, co do zakładów specjalnych, przechodziła różne fazy. Nie wchodząc w szczegóły, odnotowujemy w tem miejscu, że w r. 1802 założony został Instytut Położniczy, przy ulicy Marszałkowskiej, w domu odnajętym od szpitala Dzieciątka Jezus. Początkowo było w nim 15 łóżek. W r. 1809 Instytut przeniesiono do domu na rynek Nowego Miasta, a liczbę łóżek zmniejszono wtedy do 8-iu. Po założeniu Uniwersytetu Aleksandryjskiego Instytut został oddany w r. 1818 Uniwersytetowi, jako klinika akuszerska na 12 łóżek i przeniesiony razem z innymi klinikami do domu pojezuickiego na ul. Jezuicką. W r. 1840 Instytut przeniesiono do głównego gmachu szpitala Dzieciątka Jezus. Etat wyznaczono na 18 łóżek.

W r. 1855 przeniesiono Instytut do oddzielnego domu przy ul. Marszałkowskiej № 124. Tutaj prócz pomieszczenia dla rodzących, urządzono na 3-iem piętrze oddział o 20-u łózkach dla kobiet ciężarnych, pozostających pod obserwacją. W r. 1861 oddano Instytut pod zarząd Medyko-chirurgicznej Akademii z etatem na 10 położnic, następnie—Szkoły Głównej, a wreszcie Uniwersytetu Warszawskiego.

¹⁾ Magistrat m. Warszawy. Wydział Dobroczynności Publicznej. Księga Pamiątkowa 1908 i 1909. Warszawa 1911.

W r. 1901 Instytut wraz z innymi zakładami szpitala Dzieciątka Jezus został przeniesiony do nowego gmachu, w którym liczbę łóżek powiększono do 50-ku, właściwie do 56-ku, z których 6 dla chorych ginekologicznych.

Od r. 1882 Warszawa, oprócz łóżek w Instytucie, w szpitalu Starozaconnych (10 łóżek), pozyskała 5 przytułków położniczych, każdy o 5-ku łóżkach. Na urządzenie tych przytułków i zaopatrzenie w niezbędne pomoce STANISŁAW KRONENBERG ofiarował 10,000 rb. Na utrzymanie zaś Magistrat m. Warszawy asygnuje od r. 1883 po 9,000 rb. rocznie. W r. 1887 utworzono 6-ty przytułek. Następnie liczbę łóżek w każdym przytułku powiększono o 5, z których 2 były płatne. Ponieważ kredyt 9,000 rb. rocznie okazał się niewystarczającym, powiększono go do 15,000 rb. z funduszków kasy Miejskiej. Lecz i ta suma nie wystarcza na pokrycie wydatków przytułków położniczych, wskutek czego utworzył się deficyt około 19,000 rb. Z powodu urodzin Następcy Tronu Magistrat m. Warszawy w r. 1904 postanowił asygnować rocznie 6,000 rb. na utrzymanie jednego nowego przytułku; budowa tego przytułku dla braku funduszków do skutku dotychczas nie doszła.

Ogółem wszystkie przytułki położnicze miejskie posiadają 73 łóżka, z tego etatowych 30, po 5 łóżek w każdym i 43 nadetatowych.

Ogólna wartość całego majątku ruchomego przytułków wynosi 9,077 rb. 40 kop.

Oprócz Instytutu Położniczego i przytułków położniczych miejskich pod zarządem Wydziału Dobroczynności Publicznej znajduje się oddział położniczy przy szpitalu Starozaconnych na 6 łóżek etatowych i 4 nadetatowe.

Etatowych więc łóżek dla rodzących, w zakładach pod zarządem miasta pozostających, jest 92 i 47 nadetatowych.

Pragnąc czynić zestawienia i porównania, nadmienić musimy, że nie jest tościsła liczba łóżek dla rodzących wogóle poza domem, w zakładach. Nasamprzód bowiem do obliczenia tego nie weszły łóżka zakładu Towarzystwa Opieki nad ubogimi matkami i ich dziećmi o 20-ku łóżkach, dalej, podobnego zakładu o pokrewnych celach, utrzymywanego przez stowarzyszenie dobroczynne żydowskie; następnie, oddziały przy zakładach leczniczych ogólnych, prywatnych; wreszcie, dość liczne przytułki na 2—3 łóżka, utrzymywane przez akuszerki; w końcu, oddziały położnicze przy dwu prywatnych szkołach akuszerek.

Trzymamy się jednak cyfr sprawozdania i wszelkie wyliczenia i zestawienia tylko na podstawie tych cyfr czynić będziemy.

Otóż, okazuje się, że w ostatnim roku sprawozdawczym, we wzmiankowanych zakładach położniczych miejskich było rodzących 3,898.

Rozwiązanie we właściwym czasie nastąpiło u 3,294-ch kobiet, przedwczesne u 301-ej, przez poronienie u 926.

Zmarło 30, w tej liczbie po zabiegu operacyjnym 4.

Liczba noworodków żywych wyniosła 3332, martwych 311. Liczba dni, spędzonych przez wszystkie rodzące i chore, wyniosła 38,313.

Wypadki gorączki połogowej wyrażają się cyfrą 13, z tego 12 przypada na Instytut Położniczy, który obowiązany jest przyjmować każdy zgłaszający się przypadek.

Operacyi na płodzie lub matce ogółem wykonano 3,121.

Rozpatrując te cyfry i zestawiając je z liczbą porodów w Warszawie w roku sprawozdawczym, okazuje się, że w Warszawie w r. 1909 na ogólną liczbę ludności 704,054 płci obojga, a z tego 397,997 kobiet, czyli

52,1%, urodziło się 24,385 dzieci płci obojga. Dane powyższe dotyczą wyłącznie noworodków żywych; noworodków martwych było 862.

Przy zestawieniach cyfr tych nasamprzód wyprowadzić można ten ważny wniosek, że prawie 16^o rodzających m. Warszawy otrzymało pomoc położniczą w zakładach porodowych miejskich.

Jest to względnie dużo, albowiem w r. 1882, t. j. w chwili założenia przytułków położniczych miejskich w Warszawie, na 400,000 mieszkańców i 14,000 urodzeń, rocznie, tylko 430 kobiet mogło korzystać z pomocy położniczej w zakładach miejskich, t. j. w Instytucie Położniczym o 12-u łózkach i w oddziale szpitala Starozakonnych o 10-iu łózkach. Inne mi słowy—przed 27-u laty tylko około 3% korzystało w mieście Warszawie z pomocy położniczej zakładowej, cała reszta kobiet ubogich zmuszona była odbywać porody w jak najniekorzystniejszych warunkach. Obecnie, t. j. w roku sprawozdawczym, 16% kobiet korzysta z tych zakładów, t. j. przeszło pięć razy więcej niż przed 27-iu laty. Liczba zaś łóżek dla rodzących z 22-u wzrosła do 139-iu, czyli sześciokrotnie.

Jest to względnie, w zestawieniu z dawnymi stosunkami, dużo jak powiadam, lecz w porównaniu z innemi środowiskami wielkomiejskiemi przeważnie nie wiele, aczkolwiek są zachodnioeuropejskie stolice, które stoją w porównaniu z Warszawą niżej pod względem zapewnienia pomocy położniczej ludności w zakładach specjalnych miejskich. I tak np. w Medyolanie zaledwie 8,5% rodzących korzysta z zakładów położniczych miejskich; w Berlinie nawet mniej, bo tylko 8% (istnieją za to t. zw. polikliniki akuszerskie, działające bardzo sprawnie); w Wiedniu tylko 18% rodzących kobiet udaje się do zakładów położniczych miejskich. Natomiast w Paryżu cyfra rodzących w zakładach publicznych wynosi 32% ogółu rodzących, jednakże z tego 23% przypada na przytułki, utrzymywane przez akuszerki, a tylko 9% na zakłady, odpowiadające pod każdym względem wymogom współczesnego położnictwa.

Bardzo wysoką cyfrę rodzących w zakładach miejskich przedstawia ludność Sztokholmu, bo 46% ogółu kobiet rodzących, a Petersburg aż 58%, a z przedmieściami 49%. Przed 36-u laty zakłady położnicze miejskie Petersburga przyjąć mogły tylko 17% wszystkich rodzących. Jednocześnie stwierdzić się daje że w miarę ulepszania pomocy położniczej w mieście, zmniejsza się równolegle liczba niezwywo urodzonych dzieci.

Postęp ogromny, a zasługa w tem główna samorządu miejskiego. Dodać trzeba, że według dokładnego sprawozdania w Petersburgu z tego tylko 1% przypada na porody w przytułkach akuszerki, co w porównaniu z 23% rodzących w Paryżu u akuszerki, odbija niezwykle korzystnie.

Wczytując się w sprawozdanie, właściwiej rozpatrując szczegółowo oddzielne rubryki cyfr, następującej się najrozmaitsze uwagi, więcej już jednakże natury czysto lekarskiej, o czem nie mamy zamiaru w tej chwili mówić, wyrazimy tylko życzenie, aby na przyszłość uzupełniono schemat, dotyczący śmiertelności rodzących i położnic. Uważamy, że wartość materiału, zawartego w sprawozdaniu, o wiele by zyskała, gdyby:

1-o oznaczono śmiertelność rodzących i położnic w stosunku do ogólnej liczby porodów: a) z powodu zakażeń zakaźnych, b) z powodu zakażeń w czasie porodu i po porodzie, natury niezakaźnej, c) z powodu chorób ogólnych;

2-o gdyby oznaczano przypadki drgawek porodowych, stosunek do ogólnej liczby porodów, % śmiertelności;

3-o gdyby toż samo i według takiego samego schematu ujęto w tablicę odnośnie łożyska przodującego;

4-o toż samo odnośnie pęknięcia macicy;

5-o wreszcie, śmiertelność po operacjach na płodzie lub matce.

To są jednakże szczegóły; ważniejsze są braki istotne, te, których i sprawozdanie Wydziału Dobroczynności Publicznej nie ukrywa.

Do ważniejszych braków tych należą: brak pokoiów do przyjęcia chorych, wskutek czego badania rodzących odbywają się w pokoju kąpielowym, gdzie jednocześnie kąpią się i inne kobiety, przebywające w przytułku; niema żadnych urządzeń do odkażania brudnej bielizny pościeli i t. p. tak niezbędnych w zakładzie dla położnic; oświetlenie wszędzie jest bardzo skąpe, ponieważ kredyt na nie wynosi tylko 20 rb. rocznie na każdy przytułek, co stanowi $\frac{1}{2}$ kop. na godzinę na oświetlenie 6-u — 8-u pokoiów; kredyt na pranie bielizny i na utrzymanie jej w porządku jest również nie wystarczający; wreszcie brak przy przytułkach trupiarni. Co się tyczy ogólnego stanu przytułków położniczych, sprawozdanie zaznacza, że „stan ich przedstawia się fatalnie i są tu konieczne szybkie i gruntowne zmiany“. Wszystkie bowiem przytułki miejskie znajdują się w domach prywatnych, w mieszkaniach wynajętych obok mieszkań prywatnych lub warsztatów; są to więc warunki zupełnie nie odpowiednie na zakłady lecznicze. Nadto, mieszkania te są ciasne, skutkiem czego prawie każdy przytułek donajmuje na swe potrzeby oddzielne pokoje kosztem lekarzy zarządzających.

Ten opłakany stan przytułków położniczych miejskich, znalazł wyraz między innymi w referacie z r.1907 — O stanie przytułków położniczych miejskich w Warszawie — przedstawionym przez lekarzy zarządzających nimi Radzie Miejskiej. Jednakże dopiero po objęciu zarządu nad szpitalami przez Magistrat postanowiono przystąpić do budowy specjalnego zakładu położniczego imienia Cesarzowej, kosztem 126,360 rb. na 35 łóżek i drugiego zakładu położniczego na 25 łóżek z inicjatywy kol. S. ZABOROWSKIEGO, a z ofiary LEONA i ZOFJI GOLDSTANDÓW.

Te dwa przedsięwzięcia, z których budowa zakładu ostatniego przy ul. Żelaznej i Nowolipia, jest już ukończona, a zakład oddany zostanie niebawem do użytku, posuwają sprawę uregulowania pomocy położniczej dla ubogiej ludności m. Warszawy znacznie naprzód. Niewątpliwie, w przyszłości, znajdzie się wśród projektów Wydziału Dobroczynności Publicznej sprawa nowego zakładu położniczego na Pradze, której wzrost i warunki bytu jej ludności, takiego zakładu odpowiedniego nieodzownie się domagają.

W dalszym rozwoju ewolucyjnym może wypadnie pomyśleć o przytułkach miejskich dla ciężarnych i dla położnic. Typy zakładów takich widzimy np. w Paryżu. ¹⁾ Do przytułku im. PAULINE ROLAND przyjmowane są tam kobiety ciężarne wraz z dziećmi i pozostając tutaj, znajdują schronienie i opiekę w tej ważnej chwili życia. W specjalnym zaś zakładzie, noszącym nazwę głośnego ministra z czasów II-go Cesarstwa, LEDRUE ROLLIN a, ubogie położnice znajdują ochronę, odpowie-

¹⁾ Opis zakładów tych znaleźć można w rozprawie: „Wpływ warunków higienicznych i pracy zawodowej na przebieg ciąży i rozwój płodu“. Napisał dr Józef Jaworski, Warszawa 1909.

dni wypoczynek i te wszystkie warunki niezbędne, aby matka po ciężkiem przejściu odzyskała siły i przygotowała się do dalszej pracy zawodowej.

Śród projektów i zamiarów na przyszłość Wydziału Dobroczynności Publicznej sprawa pomocy położniczej dla ubogiej ludności m. Warszawy, jak widzimy ze sprawozdania, zajęła poczesne, a przynależne jej miejsce. Jest to zrozumiałem, bo w sprawie tej chodzi o jedno z najdonioślejszych zadań i obowiązków względem przyszłych pokoleń, albowiem pomiędzy czynnikami, mającymi wpływ na fizyczny rozwój ludności, jednym z najważniejszych jest niewątpliwie sprawa rozrodcza. Jej przebieg odbija się już to na kobietach, i orzeka o ich dalszej zdolności rozrodczej, oraz sprawności do pracy, już też na noworodkach, których pierwsze dni decydują częstokroć o przyszłym rozwoju i sile osobników.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie neurologów i psychiatrów 21-go października 1911 r. ¹⁾

1. STERLING. Przypadek tętniaka tętnicy ramiennej, uciskającego nerw pośrodkowy i łokciowy.

Chory, l. 35, zauważył 12 tygodni temu drętwienie w palcach lewej dłoni oraz stopniowo osłabienie palców i przedramienia. W ostatnich tygodniach pod pachą wystąpił guz. Badanie: granice serca powiększone, tętno skaczące, pod lewą pachą w okolicy *a-riæ brachialis* guz tętniacy. Siła mięśniowa lewej kończyny górnej znacznie zmniejszona, ograniczenie ruchów w palcach i siła w nich minimalna. Zanik mięśni lewego przedramienia, *thenaris i hypothenaris*. Czucie osłabione na strzałkowej powierzchni dłoni i małych palców. Pobudliwość elektryczna zniesiona w *n. medianus, ulnaris* na prąd faradyczny i osłabiona na prąd galwaniczny.

2. HIGIER. a) Przypadek nietypowej choroby FRIEDREICH'a.

Dziewczynka ma 4 lata. Zaczęła po roku chodzić, w pół roku później (po odrze?) ruchy kończyn poczęły słabnąć, tak że przestała chodzić i stan ten trwa dotąd. Badanie przedm.: chód dystroficzno-ataktyczny, powolny, przyczem stopy odchylają się w bok. *Hallux extensus i pes valgus* obustronnie. Ruchy górnych kończyn bezładne. Niepokój mięśniowy. Osłabienie odruchów ściągnowych. Mowca wyłącza cierpienie mózdzkowe, krzywicę i rozpoznaje bezład FRIEDREICH'a, uważając za nietypowe: wczesny początek, *pes valgus, hallux extensus*, przemijające zaburzenia pęcherzowe.

STERLING waha się czy rozpoznać chorobę FRIEDREICH'a ze względu na brak ataksyi,—może jest to raczej nietypowy przypadek heredodystrofii.

KOPCZYŃSKI wskazuje na brak drżenia gałek ocznych, brak mowy nosowej, co przemawia przeciwko rozpoznaniu mowcy i jest za postępującym zanikiem mięśni typu ERBA z objawami mózgowymi.

b) *Tuberculum solitare* w moście VAROL'a,

¹⁾ Posiedzenie z d. 4 listopada 1911 r. patrz № 4 Gazety.

V Dziecko, 1³/₄ roku. Do 10-u mies. rozwój normalny, poczem wystąpiło osłabienie prawego n. twarzowego i VI-go; wymioty. Badanie: *Hemiparesis i hemiataxia* prawostronne o charakterze spastycznym (objaw BABIŃSKIEGO) wraz z zajęciem dolnych gałęzi n. twarzowego, Porażenie całkowitego lewego n. twarzowego. Porażenie obu n. odwodzących. Maksymalna konwergencya oczu. Upośledzenie łykania i fonacyi. Mowca lokalizuje sprawę w dolnej tylnej części lewej połowy mostu VAROL' a, przechodząca na stronę prawą (niszcząc drogę piramidową, i jądra n. VI i VII). Umiejscowienie to przypomina typ MILLARD-GUBLERA i FOVILLE-RAYMOND'a *hemiplegiae alternantis*. Co do etyologii—ciężkie obarczenie gruźlicze ze strony ojca nasuwa przypuszczenie *tuberculi solitarii*.

KOPCZYŃSKI przypomina analogiczny przypadek, demonstrowany w Towarzystwie; rozpoznanie przypadku mógł potwierdzić sekcyjnie.

c) Porażenie wstępujące Landry'ego w przebiegu *lyssae humanae*.

12-letnia dziewczyna została pokąsana przez psa wściekłego. Po 5-iu dniach wystąpiła gorączka i wymioty, a po 2-u tyg. stopniowe porażenie dolnych kończyn, tułowia i górnych kończyn, wreszcie nastąpiła śmierć (porażenie mięśni oddechowych). W ostatnich dniach badanie stwierdziło: stan bezgorączkowy, t. 108, porażenie wiotkie kończyn dolnych zupełne, niedowład mięśni brzucha, tułowia i kończyn górnych. *Apnoe*. Czucie zachowane. Bolesność skóry przy dotykaniu. W ciągu ostatnich dwu dni zatrzymanie moczu i zez rozbieżny. Mowca rozpoznaje *encephalomyelitis parenchymatosa acuta* w przebiegu nietypowej *lyssae* (brak wodowstrętu, nadczułości zmysłów i t. p).

KOELICHEN powołuje się na własny, analogiczny przypadek.

ROZENTAL dodaje, że w szpitalu Jana Bożego obserwuje kilka przypadków wścieklicziny rocznie, które po kilku dniach kończą się zejściem śmiertelnem. Zwykle obserwowal porażenia, wodowstręt niezawsze.

3. BREGMAN. Dwa przypadki porażenia spłotu ramieniowego obustronnego.

a) Chory, lat 28, dostał zapalenia ropnego w uchu środkowem, wskutek czego rozwinął się ropień na szyi. Ropień otwarto, a w 2 tygodnie potem powstały bole w pasie barkowym i w parę dni później porażenie zrazu prawego, a potem i lewego spłotu ramieniowego. Badanie: po prawej porażone mięśnie: trójgraniasty, dwugłowy, *supinator*, z lewej: trójgłowy, podgrzebieniowy. Po miesiącu chory zaczął się poprawiać i obecnie jest tylko niewielkie osłabienie wspomnianych mięśni po stronie lewej. Porażenie spłotów powstało wskutek działania toksyn na tle zakażenia ropniczego.

b) Chory, lat 54, spadł z 1-ego piętra, poczem wystąpiło porażenie kończyn górnych. Badanie przedm.: unieruchomienie głowy, obrzmienie szyi, rentgenogram wykazuje złamanie trzonu 4-go kręgu szyjnego. Porażenie obu kończyn górnych typu DUCHENNE—ERBA bez objawów rdzeniowych. Leczenie było wyczekujące i obecnie nastąpiła już pewna poprawa (wolniejsze ruchy głowy, silniejsze ruchy niektórych mięśni).

KOPCZYŃSKI podaje jeszcze jeden czynnik etyologiczny w podobnych porażeniach: przeziębienie i następcze zapalenie (cytuje taki przypadek). W danym przyp. (I) nie wykluczałby wpływu chloroformu na powstanie porażenia.

BREGMAN dodaje, że chloroformowanie nie odegrało tu roli (bole i porażenia pojawiły się w 10 dni po operacyi).

4. KOELICHEN i SKŁODOWSKI. Przypadek porażenia rzekomooopuszkowego.

Chory, lat 9, od 4-ch tygodni mówi przez nos (po przemoknięciu), potem zaczął z trudnością łykać i od 2-u tygodni wystąpiło porażenie ręki prawej. Badanie przed 10-iu dniami: upośledzenie ruchów mięśniowych twarzy, ograniczenie ruchów języka, unieruchomienie podniebienia miękkiego przy fonacji, zniesienie odruchu gardzielowego. Mowa nosowa, płyny wylewają się nosem i ustami. Porażenie obwodowego odcinka kończyny górnej prawej ze wzmożeniem odruchów ścięgnowych i zachowaniem czucia. Prawostronny BABIŃSKI. Niedowład obu stron głosowych. Stan chorego pogarszał się, w ostatniej chwili przed pokazem wystąpiło porażenie prawej kończyny dolnej i lewostronny BABIŃSKI. Mowca rozpoznaje porażenie rzekomo-opuszkowe (brak drgań włókienkowych, brak reakcyi zwyrodnienia w mięśniach) wskutek prawdopodobnej *en-
Tad. Jaroszyński.*
cephalitis.

Wiadomości bieżące.

— W r. 1906 kol. CHELCHOWSKI opisał szczegółowo epidemię włośnicy (*trychinosis*), której uległo wówczas przeszło 50 osób w Warszawie i w Chyliczkach (Gaz. Lek. 1906 Nr. 24 i 25). Już wtedy autor ostrzegał władze sanitarne, że należy zwrócić uwagę na nadzór nad mięsem wieprzowem, nie dowierzając rozpowszechnionemu mylnie mniemaniu, że u nas włośnica należy do wielkich rzadkości. Tak może było niegdyś. W ostatnich jednak czasach przypadki włośnicy zdarzają się coraz częściej. W grudniu r. z. jeden z kolegów spostrzegł w blizkich odstępach czasu w dwu różnych domach po 3 przypadki zatrucia trychinami z przebiegiem dość ciężkim. W obecnej chwili znajduje się w szpitalu Dz. Jezus małżeństwo, dotknięte tą samą chorobą. Zwykle w takich razach trudno jest dociec źródła zakażenia, a nawet skontrolować, ile osób padło jego ofiarą. W każdym razie fakty powyższe powinny pobudzić sfery, od których to zależy, do szybszego wybudowania rzeźni centralnej i do postawienia sprawy kontroli tak ważnego produktu spożywczego, jakim jest mięso, na poziomie współczesnych wymagań higieny.

— Towarzystwo Przeciwgruźlicze r. 1911. Przez pierwsze parę lat swego istnienia Tow. Przeciwgruźlicze rozwijało się powoli: funkcjonowała dobrze Przychodnia, powstała stacya dezynfekcyjna w Otwocku; lecz społeczeństwo nie interesowało się tą instytucją, liczba członków nie powiększała się, dochody były niewielkie, brak było szerszych projektów, dalszych widnokręgów.

W roku 1911 Tow. urządziło t. zw. „Biały Kwiatek“, który przyniósł czystego zysku 15,000 rb., wskutek czego dochód Tow. wzrósł do 17953 rb. Tak znaczny dochód wpłynął nadzwyczaj dodatnio na ożywienie Tow. pod każdym względem.

W końcu roku 1911 otwarto drugą Przychodnię przy Instytucie higieny dziecięcej im. LENVAL'a, przeznaczoną specjalnie dla dzieci, której kierownictwo powierzono kol. GĘBARSKIEMU.

Opiekę nad dziećmi zołowatemi, usposobionemi do gruźlicy, pochodzącemi z rodziców suchotników, uważa Tow. za jedno z najważniejszych swych zadań.

Poprawić warunki bytu tych dzieci, przyczynić się do lepszego ich odżywiania, przyzwyczaić je do czystości, do oddychania świeżem powietrzem, a tem samem uchronić od strasznej zarazy, jaką są suchoty, oto wielki cel społeczny, do którego przystępuje Tow. Przeciwgruźlicze.

W Przychodni I w ciągu r. 1911 przyjęto chorych 170 (99 kobiet, 71 mężczyzn). Porad udzielono 958. Analiz plwocin wykonano 178. Mieszkania chorych zwie-

dzono 420 razy. Dezynfekcyę wykonano w 12-u mieszkaniach. Spluwaczek pokojowych rozdano 37, kieszonkowych 10. Szczoteczek do zębów rozdano 34. Mleka rozdano 6,956 litrów. Kefiru 2,531 butelek. Tranu wydano 164. Łóżek kupiono 4 szt. Bonów do aptek wydano 316. W sanatoryjach umieszczono 4 chorych, którzy przebyli 203 dni. W szpitalu umieszczono 5 chorych.

Wreszeie Tow. Przeciwgruźlicze sądząc, że żywe słowo ma największy wpływ na masę, postanowiło urządzić szereg odczytów popularnych o gruźlicy w rozmaitych dzielnicach robotniczych (ul. Kaliksta, Górczewska, Ludna). Odczyty już się rozpoczęły i cieszą się wielkiem powodzeniem (na niektóre uczęszcza po 500 osób).

Oto ich program:

I. RZEPKO. Suchoty płucne, ich przyczyny i skutki. J. TYLICKA. Gruźlica, jako kłeska społeczna. WŁ. CHODECKI. Jak się ustrzedz chorób płucnych, a zwłaszcza gruźlicy. J. BĄCZKIEWICZ. Jak ochraniać dzieci od gruźlicy. O. HEWELKE. O skórce, powietrzu i szkodliwościach dla zdrowia, wynikających z braku jej pielęgnowania (2 odczyty). W. KNAPPE. Jak się należy odżywiać, aby się ustrzedz gruźlicy. M. ROSZKOWSKI. Jak należy żywić dzieci, aby je ustrzedz od suchot. J. SZMURLO. Jak walczyć z suchotami w Zach. Europie i u nas. W. STERLING. Praca zawodowa, a suchoty. L. LUBLINER. Alkoholizm a gruźlica.

Miejmy nadzieję, że Tow. Przeciwgruźlicze będzie rozwijało swą działalność na coraz szerszą skalę i na pożytek całego społeczeństwa.

— D. 20 stycznia r. b. otwarty został w Warszawie, na rogu ul. Żelaznej i Nowolipia, nowy zakład położniczy, który powstał na miejscu dwu przytułków dla rodzących miejskich, istniejących w tej dzielnicy od r. 1882. Historia powstania zakładu tego w krótkości jest następująca. Kolega S. ZABOROWSKI, zarządzający przytułkiem położniczym miejskim, zwrócił się początkowo do b. Rady Miejskiej Dobroczyńności Publicznej z propozycją zbudowania zakładu położniczego na 25 łóżek, lecz sprawa ta dopiero następnie po przejściu szpitali pod zarząd Magistratu, dzięki gorliwemu zainteresowaniu się nią naczelnika Wydziału Dobroczyńności Publicznej, p. K. KORALEWSKIEGO, wzięła obrót pomyślny; jakoż propozycyę zbudowania zakładu tego Magistrat m. Warszawy przyjął na następujących warunkach: zakład będzie zbudowany i urządzony przez Magistrat według planów, przedstawionych przez dra ZABOROWSKIEGO; zakład będzie nosił nazwę „Zakład położniczy Św. Zofii“, a na nim będzie napis: „Gmach zbudowany z ofiary LEONA i ZOFII GOLDSTANDÓW“, (którzy na cel ten ofiarowali 35,000 rb.); zakład będzie podlegał przepisom obowiązującym wszystkie przytułki położnicze. Zakład postanowiono postawić na nieruchomości, na rogu ul. Żelaznej i Nowolipia, należącej do szpitala Św. Ducha.

Przytem zawarunkowano, że po upływie lat 20-tu gmach i cały zakład przejdą na własność szpitala Św. Ducha i stanowić będą oddział tegoż szpitala.

Plany i kosztorys, przygotowane przez budowniczego GAJA na sumę 79,627 rb., po pewnej zwłoce ostatecznie zatwierdzone zostały przez Ministerium Spraw Wewnętrznych i roboty rozpoczęto z wiosną r. 1910, a oddano zakład do użytku już w połowie z. m.

Nowy zakład położniczy przedstawia istotnie wielki postęp w stosunku do tego, co było dotychczas, w t. zw. przytułkach położniczych. Postęp zarówno, co do samego budynku, jego rozplanowania, jak i urządzenia wewnętrznego.

Przechodzimy do zwięzłego skreślenia planu, rozkładu, samego zakładu i opisu jego urządzeń gospodarczych i leczniczych, wykonanych przez siły krajowe.

W przyziemiu z dużemi oknami pomieszczona jest część gospodarcza i kotłownia. Tutaj znajdują się obszerne pokoje dla służby. Dalej znajduje się pralnia mechaniczna, poruszana motorem elektrycznym wraz z pomocniczymi urządzeniami, jak suszarnia, magiel, skład bielizny, stąd winda prowadzi bieliznę na korytarze parteru i pierwszego piętra. W dalszym ciągu znajduje się obszerna, nadzwyczaj widna kuchnia, wyłożona w połowie wysokości ścian kafelkami, jak również dwa mniejsze pokoje, przeznaczone do zmywania naczyń i oczyszczania warzyw i t. p.

Tuż przy kuchni znajduje się obszerny pokój — kredens, z którego idąca winda roznosi potrawy na piętra, oraz pokój stołowy dla służby. W tym samym przyziemiu mieści się skład rzeczy chorych, do którego odzież chorych włożona w pokoju przyjęć do worka, spuszczana jest przez specjalny otwór w ścianie. Odzież chorych 2 razy tygodniowo będzie dezynfekowana w składni. Ogromna szafa w tym pokoju podzielona jest na półki numerowane, gdzie pod odpowiednim numerem rzeczy się przechowują. W kotłowni wytwarzana jest para, nagrzewana jest woda do kąpieli, umywalni, centralnego ogrzewania, oraz wysterilizowuje się woda.

Na parterze mieszczą się: kancelarya, gabinet lekarski, pokój do badania chorych, laboratorium, ciemnia do cystoskopii. Z pokoju do badania, chorą, po przebraniu w odzież zakładową, odsyła się do odpowiedniego pokoju lub sali porodowej. Bardzo brudne chore nie są myte w wannie, a w specjalnym pokoju, na stole żelaznym lakierowanym. Chore zakażone lub gorączkujące odsyłane są do oddziału zupełnie izolowanego, mającego dodatkowe wejście z podwórza. Oddział izolacyjny składa się z dwu oddzielnych pokoiów, obszernego bardzo korytarza, na którym można pomieścić parę łóżek zapasowych oraz z małej sali operacyjnej. Telefon wewnętrzny łączy ten oddział z resztą zakładu. Pożywienie podawane jest przez okienko w suficie.

Na parterze mieści się 5 pokoiów płatnych z 7-u miejscami, dalej idą mieszkania trzech akuserek z własną dla nich wanną, umywalnią dla uczenia oraz audytorium amfiteatralnie zbudowane na 40 osób. Mały pokoić przejściowy, przeznaczony na muzeum szkoły akuserek, bogato zaopatrzone w preparaty naturalne i sztuczne oraz pomocnicze przybory do nauki położnictwa.

Pierwsze piętro zajmują pokoje dla chorych bezpłatnych. Drzwi zamiast numerów, ze względu na często zdarzający się analfabetyzm, zaopatrzone w artystycznie malowane kwiaty i in. godła. Pokoje nadzwyczaj obszerne, wysokie, widne. Wanna, umywalnia, klozet, wszystkie te ubikacje z oknami. Miejsce bezpłatnych 23. Dalej pokój przeznaczony do kąpienia noworodków — trzy wanienki — szafa do bielizny ogrzewana. W jednym z pokoiów mniejszych wylegarka dla niedonoszonych dzieci. Poza drzwiami na końcu korytarza znajduje się obszerny korytarzyk mniejszy z szafami w ścianach do narzędzi i lekarstw. Stąd wejście do łazienki o dwu wannach, do pokoju porodowego, dużego o 3-ch oknach, w nim dwa łóżka porodowe wysokie, do pokoju sterylizacyjnego, do mniejszej sali porodowej oraz do sali operacyjnej. Sterylizacja zapomocą pary, idącej z kotłowni, lub w nagłych nocnych wypadkach zapomocą wytwarzania pary w mniejszym kotle, ogrzewanym gazem. Sala operacyjna przedzielona ścianą, z ogromną szybą lustrzaną, przez którą osoby, nie biorące udziału w operacji, a chcące obserwować jej przebieg, mogą ją dokładnie widzieć. Trzy umywalnie pomieszczone są w przedniej części — pedałowe, również mydło płynne ze zbiorników pedałowych. Na kranach specjalne urządzenia do wyjalawiania ich ujęć zapomocą pary. Drzwi prowadzące do samej sali operacyjnej, zaopatrzone w klamkę, które otwierają się i zamykają łokciem. Sala operacyjna obszerna, widna, zaopatrzone w suficie w 5 lamp elekt. o sile 2500 świec.

Zakład położniczy Św. Zofii wyróżnia się swą architekturą i ozdobami estetycznymi z namiętnie od szpitali, według szablonu jednego budowanych.

Streszczając wrażenia wyniesione z obejrzenia zakładu tego, przyznać trzeba, że zastosowano przy budowie i urządzeniu jego wszystko omal, czego wymaga współczesna higiena i medycyna, a specjalnie odłam jej — chirurgia i położnictwo.

Niewątpliwie, w nowo zbudowanym i otwartym dla ludności Warszawy zakładzie położniczym miasto i szpitalnictwo nasze pozyskało instytucję leczniczą, nader korzystnie się wyróżniającą pod każdym względem, a pewni jesteśmy, że i prowadzenie jej, a także nauczanie w niej osób, obsługujących porody, zawsze stać będzie na wysokości zadania.

O G Ł O S Z E N I E.

— Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności zawiadamia niniejszem, że bieżący okres nagrodowy funduszu imienia książąt Jerzego Romana z Rozwadowa i Adama z Miżyńca Lubomirskich obejmuje lata: 1910, 1911, 1912. Po-
stanowienie co do sposobu użycia nagromadzonych w ciągu trzeciecia odsetek zapad-
nie w początku 1913-go roku, o ile możności dnia 7 lutego.

Zgodnie z przepisem § II-go Uchwały Pełnego Zgromadzenia Akademii Umiejęt-
ności z dnia 27 listopada 1906 r., odsetki z funduszu im. ks. Lubomirskich płynące, po
strąceniu 10% na cele tam wskazane, mają być używane *a)* na udzielanie nagród pie-
niężnych autorom i autorkom narodowości polskiej za samodzielne prace o rzeczywi-
stej wartości naukowej z zakresu nauk przyrodniczych i lekarskich (z wyjątkiem prac
ze ścisłej matematyki), napisane w języku polskim; *b)* na opędzanie kosztów wydania
takichże prac z tego samego zakresu, przedłożonych w rękopisie i uznanych za odpo-
wiednie. Według § VIII-go tejże „Uchwały“ wysokość nagród wynosić może od 1000
do 3000 koron (zob. Rocznik Akad. Umiejętności w Krakowie, rok 1906/7, Kraków
1907 str. 166).

Dyrektor Wydz. mat.-przyr.: (podp.) *E. Janczewski*,
Sekretarz Wydz. mat.-przyr.: (podp.) *Wład. Natanson*.

Redaktorzy: **Dr A. Puławski** i **Dr W. Starkiewicz**. Wydawca, **Dr W. Szumlański**.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesar-
stwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, k wartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatry-
czny za rub. 2 rocznie w Warszawie i za rub. 2.40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwow-
ski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pier-
wszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed
tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, $\frac{1}{2}$ str. rub. 11
 $\frac{1}{4}$ str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, $\frac{1}{2}$ str. rub. 8, $\frac{1}{4}$ str. rub. 4.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metz i S-ka
Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Św. Gertrudy 2;
w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemerstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerenstr. 92; w Pa-
ryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbès.

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.